

SEGUNDA SECCION

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE SALUD

RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicado el 13 de noviembre de 2012.

PABLO ANTONIO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracciones II y VI, 13, apartado A, fracción I, 72, 73, 74, 74 Bis, 75, 76, 77 y 133, fracción I, de la Ley General de Salud; 40, fracciones III y XI, 43 y 47, fracciones II y III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33, tercer párrafo, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 88, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133 y 134, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 8, fracción V y 10 fracciones, VII y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las respuestas a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de noviembre de 2012.

1	PERSONAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ, POR CONDUCTO DE SU DIRECTOR, DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ En el objetivo Debe agregarse el término de seguridad posterior a los de calidad y calidez.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque el término seguridad puede interpretarse con discrecionalidad y fomentar prácticas en perjuicio de los pacientes con enfermedad mental.
2	3.10 y .3.17 Se repiten, hacen mención a la misma Norma Oficial.	Se acepta el comentario y se elimina la referencia duplicada, para quedar como sigue: 3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
3	4.1.3 Se suprime la palabra promoción de la salud, ya que ésta se encuentra implícita en las actividades preventivas.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque la Promoción de la Salud, se encuentra prevista en los artículos 73, fracción II, 110 y 111, de la Ley General de Salud.
4	4.1.4 Se sugiere la siguiente redacción : Es la atención especializada brindada por un psicólogo clínico que trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento así como problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos dependiendo de la severidad de la patología; la atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de Unidad de atención de salud mental y esta puede ser: •Detección de casos •Psicoeducación •Actividades preventivas •Atención a pacientes hospitalizados, o •De rehabilitación psicosocial	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque la propuesta a acotar que este tipo de atención sólo la brinde un psicólogo clínico resulta más limitativo que la prevista en la Norma, toda vez que también la puede otorgar otro miembro del personal de salud.

5	4.1.16 Extrema urgencia psiquiátrica, el paciente que presenta una situación que amenaza la vida de un individuo o de terceros o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano, si no recibe una atención médico psiquiátrica inmediata. Incluye: intento de suicidio, autolesiones intencionadas (como envenenamiento o daño auto infligido del X60 AL X80 DEL CIE-10), ideación suicida, agitación psicomotriz, confusión y alucinaciones.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario en virtud de que el término Urgencia psiquiátrica es más objetivo al no calificar de extremo un supuesto que altera el estado mental de una persona usuaria de los servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, además de que en la definición ya han quedado comprendidos ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.
6	4.1.19 Hospital Psiquiátrico. Unidad médica especializada de base hospitalaria que brinda atención a usuarios en hospitalización breve a personas con trastornos mentales y del comportamiento; puede ofrecer consulta externa a usuarios en seguimiento ó a quienes no requieren hospitalización	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque esta definición sólo aplica al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Álvarez. Existen en el país hospitales psiquiátricos de mediana y larga estancia.
7	4.1.22 Promoción de la Salud Mental, se sugiere la siguiente redacción: Estrategia específica, cuyo objetivo principal es el de sensibilizar a la población en general, respecto de los trastornos mentales y del comportamiento, su tratamiento y las Instituciones que ofrecen estos servicios	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque la definición prevista en la Norma es más completa.
8	4.1.24 Reforzador se sugiere retomar definición de la norma anterior que es: cualquier estímulo situacional, cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con la que se manifiestan ciertas conductas	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.28 Reforzador: al comportamiento que aumenta su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona.
9	4.1.30 Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica: establecimientos públicos, sociales y privados que prestan atención médica especializada de hospitalización breve psiquiátrica a personas que padecen un trastorno mental	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque, la definición debe comprender breve, mediana y larga estancia.
10	5.1 Se sugiere cambio de orden de la siguiente forma. 5.1.1. De promoción de la Salud 5.1.2 Preventivas 5.1.3 De diagnóstico	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.1 Son actividades inherentes al personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las siguientes: 5.1.1 De promoción de la salud; 5.1.2 Preventivas; 5.1.3 De diagnóstico;
11	5.3.3 En el párrafo después de calidad y calidez, agregar la palabra seguridad	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque el término seguridad puede interpretarse con discrecionalidad y fomentar prácticas en perjuicio de los pacientes con enfermedad mental.

12	5.3.10.2 En este apartado se sugiere retirar el inciso g) actividades deportivas, sociales y culturales	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos y f) alta de usuarios/as.
13	5.3.10.3 Agregar las actividades deportivas, sociales y culturales.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.3 Área de Rehabilitación Psicosocial: a) talleres protegidos; b) banco de reforzadores; c) apoyo a actividades de la vida diaria; d) paseos terapéuticos individuales y grupales; e) terapia ocupacional y f) actividades deportivas, sociales y culturales.
14	5.3.10.6 En esta definición agregar la formación de recursos humanos	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.6 Área de Enseñanza y Capacitación: a) detección; b) promoción; c) prevención; d) atención; e) actualización y evaluación; f) capacitación sobre derechos humanos, perspectiva enfoques de género e intercultural en la salud mental y g) detección y atención de la violencia familiar y sexual y la formación de recursos humanos.
15	ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA A.C., EL COLEGIO NACIONAL DE PSIQUIÁTRAS A.C., EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ, LA ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, "VOZ PRO SALUD MENTAL", ASÍ COMO EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Observaciones Generales. 1.La Norma para la atención médico psiquiátrica hospitalaria de enfermos mentales tiene muchos aspectos positivos y de avanzada, sin embargo consideramos que el enfoque de la NOM-025 presentado y los aspectos conceptuales acerca de la enfermedad mental y los enfermos mentales en que fundamentan el proyecto, comprenden solo a un grupo reducido de pacientes con enfermedad mental, por lo que debe ampliarse para regir a toda la atención médico psiquiátrica, con base en los conceptos actuales acerca de la salud mental que están integrados en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2. En el proceso de elaboración de este proyecto de la NOM-025 consideramos que no fueron consultadas instituciones de salud directamente vinculadas con la atención médico psiquiátrica a quienes pretende normar. Tampoco incluyó a instituciones médico psiquiátricas para pacientes agudos, unidades de atención a enfermos psiquiátricos en hospitales generales o de especialidad no psiquiátrica y consideramos que debió requerirse la opinión y el consenso de las asociaciones gremiales, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para la salud mental y un mayor número de organizaciones de la sociedad civil involucradas en el campo de la salud mental. 3. Los pacientes con enfermedad mental que requieren atención médico-psiquiátrica deben ser clasificados adecuadamente de acuerdo a las características de su padecimiento (ej: deterioro cognoscitivo y funcionalidad) y necesidades en términos del nivel en donde deben ser atendidos y en su caso, el tiempo necesario de hospitalización. De lo contrario, las disposiciones que contempla el proyecto de la NOM-025, no podrán aplicarse de manera generalizada.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario: 1. Porque las consideraciones hechas valer exceden el objetivo de la Norma Oficial Mexicana que tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y no así lo relativo a la enfermedad mental. 2. Porque cualquier interesado, tiene garantizado su derecho a participar en la elaboración del instrumento regulatorio, a través de los distintos canales de consulta pública, que se prevén en su proceso de emisión. 3. Se ha identificado que en los hospitales psiquiátricos que actualmente se encuentran en operación, existe una problemática de constantes violaciones a derechos humanos, de ahí la necesidad de modificar la Norma, a efecto de regular las características de los servicios de mediana y larga estancia, en un marco que impida conductas discrecionales en detrimento de los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales. 4. Las unidades de psiquiatría en hospitales generales son minoría en el país y no representan un riesgo en términos del objetivo de la norma, en el momento en que tales servicios requieran una regulación específica se podría ampliar el alcance de esta norma o bien, elaborar una específica. Actualmente operan con base en normas internas de cada institución. 5. El tratamiento de las adicciones excede el campo de aplicación de la norma, sin embargo, la referencia de pacientes a otras instancias de salud sí se encuentra prevista en la norma en los puntos 4.1.3, 5.3.9, 7.2.8. En el supuesto de que se trate de un enfermo mental adicto, la norma prevé que se le brinde la atención psiquiátrica que corresponda como enfermo mental.

	4. Esta Norma debería incluir, o en todo caso debería complementarse con otras disposiciones que regulen la atención a las personas con enfermedades mentales que se encuentran en procesos penales: por ejemplo la infraestructura y personal que debe existir en los reclusorios y centros de readaptación social. Además de contemplar a las personas que cursan con un nivel de disfunción grave que deben de ser atendidas en casas de protección y no en hospitales psiquiátricos y a los familiares de los enfermos y su papel central en el proceso de atención. 5. Con relación a la vinculación al tratamiento de pacientes con adicciones, el proyecto debería de considerar a instituciones que tienen unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica para estos padecimientos, hacer referencia a los diferentes niveles de atención y establecer mecanismos de referencia entre las unidades. Finalmente, a propósito del diseño del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud que el gobierno mexicano lleva a cabo para la nueva administración federal, consideramos una magnífica oportunidad para que se convoque a todas las instituciones y profesionales obligados y a todos los ciudadanos interesados en el tema al diseño y construcción de un Programa Nacional de Salud Mental de largo alcance, con políticas, objetivos y estrategias que aseguren ahora y en el futuro una atención global de salud mental con la mayor cobertura, seguridad, eficacia y calidez para la población mexicana.	
16	<u>Dice</u> Que de acuerdo con las disposiciones manifestadas por la OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, así como la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de fecha 12 de octubre <u>Debe decir</u> Que de acuerdo con las disposiciones manifestadas por la OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, así como la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de fecha 12 de octubre de 2006, el (sic) Consenso de Panamá (OMS/OPS 2010) y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS/OPS) que en conjunto guardan congruencia con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006) <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir los documentos guía de la OMS que se desprenden de la Estrategia de Salud Mental a la que se ha sumado México. Se anexan documentos	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: Que de acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, así como la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, de fecha 12 de octubre de 2006, el Consenso de Panamá (OMS/OPS 2010) y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS/OPS), que en conjunto guardan congruencia con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006);

17	<u>Dice</u> Introducción Los esquemas de atención en salud mental para las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, y de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de dichos padecimientos, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención. Una característica fundamental de este cambio, es la necesidad de la reinserción social de la persona que vive afectada por algún trastorno mental o del comportamiento al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la promoción de programas comunitarios como los descritos en el Programa Nacional de Salud Mental: hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud que permita superar los rezagos aún prevalecientes. <u>Debe decir</u> Introducción Los esquemas de atención en salud mental para las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, y de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de dichos padecimientos, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención. A pesar de que existen modelos exitosos y psiquiatras capacitados, los avances no han llegado a toda la población y el rezago en la atención es aún importante. Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años tiene una historia de problemas psiquiátricos, pero solo uno de cada cinco recibe tratamiento (1). En el contexto historico actual se ha documentado que se ha dado un incrementc en los factores de riesgo para enfermar como la exposición a la violencia (2) La enfermedad mental se dasarrolla en comorbilidad con otras enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad (3), los problemas cardiovasculares (4), el cáncer (5), por mencionar algunos ejemplos y afecta también su curso, llegando a disminuir le sobrevida y la calidad de vida de pacientes y familiares (6). Una mayor proporción de personas reciben atención en unidades especializadas a compararlas con aquellas atendidas en unidades de primer nivel de atención (7) Existe une proporción desfavorable de pacientes internos en relación con la atención ambulatoria (con solo 1.7 pacientes en atención ambulatoria por cada uno que es internado).(4)	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la redacción propuesta no se considera una introducción al contenido de la Norma, se trata de una narrativa que identifica oportunidades de mejora en la atención de la salud mental, por lo tanto la redacción resulta innecesaria para el objetivo de la Norma.
----	---	--

	Las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad, requiriendo atención de alta especialización (4). La enfermedad mental temprana no tratada aumenta la probabilidad de que los adolescentes desarrollen dependencia al alcohol y drogas (8); el suicidio, especialmente en adolescentes ha ido en aumento (9) y el incremento en la esperanza de vida añade retos de atención de la enfermedad mental en la tercera edad. La infraestructura con la que se cuenta para atender éste reto es insuficiente. Es poco frecuente que los centros de atención primaria tengan servicios de atención a la salud mental; por lo general no existen sistemas eficientes para la identificación de este tipo de padecimientos y un buen sistema de referencia y contra referencia de los pacientes que requieren atención especializada. De igual manera existen pocos centros especializados de primer nivel y muchos de los que existen presentan importantes deficiencias en cuanto a cobertura, recursos humanos y financieros. Los hospitales generales no cuentan con camas para la atención de pacientes que tienen una enfermedad mental, en comorbilidad con otras enfermedades o como diagnóstico primario, solamente 2% de las camas para pacientes con un trastorno mental están ubicadas en hospitales generales. Así mismo la atención de tipo comunitario se encuentra muy restringida. Los hospitales psiquiátricos de corta y mediana estancia, tienen presupuesto insuficiente y no están conectados en red que permita la adecuada y oportuna atención de los pacientes que requieren este tipo de servicios. Persiste la atención asilar en algunos hospitales psiquiátricos de larga estancia, con personas que sin ser pacientes psiquiátricos, tienen alteraciones cognitivas severas y en estado avanzado de disfuncionalidad que deben de ser atendidos en hogares protegidos, administrados o supervisados por las instancias encargadas de personas con discapacidad. Ante este panorama resulta clara la necesidad de ampliar el esquema de atención a estas enfermedades. Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extra hospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, y casas de protección para enfermos en estado grave de discapacidad entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes. El reto es importante pero puede enfrentarse si junto con estos cambios, se integra la atención a la salud en general y se incluye la atención a este problema en el primer, segundo y tercer nivel no especializado, se refuerza la atención en los hospitales psiquiátricos y se desarrollan programas especiales para pacientes con grado muy avanzado de discapacidad y si se considera que el internamiento breve y el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico ambulatorio ha sido ya integrado al Catálogo Universal de Servicios de Salud CNPSS.	
--	--	--

	La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud. <u>Observaciones</u> Se sugiere actualizar la introducción Para ampliar la cobertura de atención de la salud mental Los conceptos en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales experimentan cambios continuos, por lo que es menester incluir nuevos conceptos. La presente Norma Oficial Mexicana, abarca únicamente el aspecto de atención en unidades hospitalarias y se enfoca a instituciones de mediana estancia para enfermos crónicos, por lo que es necesario contar con una Norma incluyente que permita la inserción de los diversos esquemas para el tratamiento de los trastornos mentales. El Plan Global de Acción en Salud Mental 2013-2020 propone el descenso paulatino de la hospitalización de larga estancia y las Recomendaciones de la Audiencia Pública de la Comisión Internacional en Derechos Humanos de la OEA, efectuada en Marzo 23 de 2012, en Washington DC incluye la realización de un proyecto piloto para pacientes crónicos con disfuncionalidad grave y en estado de abandono y su posterior extensión a otros hospitales (se anexa documento).	
18	<u>Dice</u> Para la correcta aplicación de la presente norma es necesario consultar las siguientes normas o las que las sustituyan: <u>Debe decir</u> Anexar: la Norma Oficial Mexicana NOM-173- SSA1-1998, Para la atención de las personas con discapacidad. La Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. <u>Observaciones</u> Sugerimos incluir otras normas que tienen una relación muy estrecha con la atención de la salud mental.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización no se acepta el comentario, toda vez que de acuerdo con el punto 3.2.5, de la Norma Mexicana NMZ-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, el Capítulo de Referencias, es un elemento que está destinado a proporcionar una relación completa de otras Normas Mexicanas que sea indispensable consultar para la aplicación de la norma. Atento a lo anterior, es de observarse que en el apartado de referencias, de la norma, se incluyó la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, cuya emisión tiene sustento, entre otros ordenamientos, en lo dispuesto por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Asimismo en dicho apartado se incluyeron las siguientes normas: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad, las cuales sustituyeron a las normas oficiales mexicanas citadas en el comentario de mérito, razón por la cual no se acepta el mismo.

19	<u>Dice</u> 1. Objetivo Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios. <u>DEBE DECIR</u> 1. Objetivo Esta norma tiene por objeto uniformar criterios de operación y organización de las actividades de las unidades de atención que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con seguridad, calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios. <u>Observaciones</u> Se propone incluir la palabra “seguridad” con base en el acuerdo mundial por la seguridad del paciente (OMS) y a la atención en los diferentes niveles de atención conforme Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS) (se anexan documentos)	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el término seguridad puede interpretarse con discrecionalidad y fomentar prácticas en perjuicio de los pacientes con enfermedad mental.
20	<u>Dice</u> 4.1.3 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las terapéuticas y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios. <u>Debe decir</u> 4.1.3 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y la psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos de los usuarios. <u>Observaciones</u> Se sugiere anexar la “prescripción farmacológica” como parte de las actividades terapéuticas, así como incluir la necesidad de establecer un DIAGNÓSTICO médico psiquiátrico, antes de llevar a cabo las acciones terapéuticas (ya sea farmacológicas, psicoterapéuticas y/o de rehabilitación).	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.4 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

21	<u>Dice</u> 4.1.4 Atención Psicológica: Es la atención especializada brindada por un psicólogo clínico que trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento y problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos dependiendo de la severidad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, si es de primer nivel donde se hacen detecciones de casos, psi coeducación y actividades preventivas; las unidades de segundo nivel atienden casos de forma ambulatoria, el tercer nivel atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial. <u>Debe decir</u> 4.1.4 Atención Psicológica: Es la atención especializada brindada por un psicólogo clínico entrenado que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento y problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos no farmacológicos dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, si es de primer nivel donde se hacen detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; las unidades de segundo nivel atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento, el tercer nivel atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial. <u>Observaciones</u> Se sugiere: Añadir que el psicólogo clínico forma parte del equipo de salud mental. Añadir que la atención psicológica brindada por un psicólogo clínico es no farmacológica. Añadir "internamiento" en hospitales generales, que es una práctica que existe y que se plantea se amplíe.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas se acepta parcialmente el comentario, ya que la mención "no farmacológicos" es innecesaria. Se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.5 Atención Psicológica: a la que es brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como, problemáticas de salud mental, utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, en las unidades de primer nivel, se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento y en las unidades del tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial.
22	<u>Dice</u> 4.1.10 Departamentos Independientes: Espacios dentro de la comunidad para ser habitados por las y los usuarios de manera voluntaria e independiente, sin que existan esquemas de supervisión. Estos espacios favorecen la continuidad del tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. El ingreso a los Departamentos Independientes se puede realizar a través de referencia ya sea del servicio de psiquiatría, del hospital, de la villa de transición hospitalaria o de las casas de medio camino, siendo éste de carácter voluntario. <u>Debe decir</u> 4.1.10 Departamentos Independientes: Espacios dentro de la comunidad para ser habitados por las y los usuarios de manera voluntaria e independiente, sin que necesariamente existan esquemas de supervisión. Estos espacios favorecen la continuidad del tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. El ingreso a los Departamentos Independientes se puede realizar a través de referencia ya sea del servicio de psiquiatría, del hospital, de la villa de transición hospitalaria o de las casas de medio camino, siendo éste de carácter voluntario. <u>Observaciones</u> Se sugiere añadir la palabra "necesariamente" mantener la posibilidad de una supervisión para aquellos pacientes que lo requieran.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque la palabra "necesariamente", va en contra de la independencia y la reinserción social.

23	Hogares protegidos: una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no pueden ser atendidos por sus familias. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir la definición ya que la eliminación de las áreas asilares requiere de la construcción de estas unidades para poder transferir a los pacientes que no pueden reinsertarse en la comunidad, por lo que los departamentos independientes no son la opción para ellos.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.19 Hogares protegidos: a la instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no pueden ser atendidos por sus familias.
24	<u>Dice</u> 4.1.11 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: Proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento. <u>Debe decir</u> 4.1.11 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: Proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención, por los equipos de salud mental y canalización a segundo y tercer nivel a los pacientes que lo requieran. <u>Observaciones</u> Se sugiere añadir el texto “comportamiento en el primer nivel de atención, por los equipos de salud mental y canalización a segundo y tercer nivel a los pacientes que lo requieran” a fin de incluir la referencia de pacientes a los diferentes niveles de atención de acuerdo con la gravedad del padecimiento.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.13 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: al proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención, por los equipos de salud mental y canalización al segundo y tercer nivel de atención a los pacientes que lo requieran.
25	<u>Dice</u> Educación para la Salud Mental: Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente. <u>Debe decir</u> Educación para la Salud Mental: Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a los usuarios y familiares mediante la psicoeducación a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir a los familiares de los enfermos en la educación para la salud mental y añadir el término “psicoeducación” que forma parte de las actividades terapéuticas y de rehabilitación ya que orienta e instruye a portadores de enfermedad mental y familiares para el adecuado manejo del padecimiento para disminuir el riesgo de recaídas.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.14 Educación para la Salud Mental: al proceso organizado y sistemático, mediante el cual se busca orientar a las personas usuarias y familiares mediante la psicoeducación, a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental, por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

26	<u>Dice</u> 4.1.13 Evaluación Clínica Psicológica: Valoración integral para la o el usuario y sus familiares, a efecto de establecer el diagnóstico, el plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación. <u>Debe decir</u> 4.1.13 Evaluación Clínica Psicológica: Valoración para la o el usuario y sus familiares, a efecto de coadyuvar al equipo de profesionales de salud mental en el diagnóstico y plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación como parte de un abordaje integral. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir el concepto de equipo de profesionales de salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.16 Evaluación Clínica Psicológica: a la valoración para la persona usuaria y sus familiares, a efecto de coadyuvar al equipo de profesionales de salud mental en el diagnóstico y plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación como parte de un abordaje integral.
27	<u>Dice</u> 4.1.14 Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Servicios básicos auxiliares de diagnóstico que coadyuven en el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Se consideran como exámenes de laboratorio básicos a la biometría hemática, la química sanguínea, el examen general de orina, el perfil tiroideo básico y amplio y la detección de drogas en orina. <u>Debe decir</u> 4.1.14 Exámenes de Laboratorio: Servicios básicos auxiliares de diagnóstico que coadyuven en realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Estos pueden incluir exámenes de laboratorio básicos como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo básico y la detección de drogas en orina, entre otros. <u>Observaciones</u> Se sugiere omitir la palabra gabinete, pues los estudios aquí referidos son únicamente de laboratorio.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas se acepta parcialmente el comentario, ya que la se considera necesario practicar perfil tiroideo básico y amplio por otra parte se cambia al anglicismo "antidoping" por el término pruebas antidopaje. Se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.17 Exámenes de Laboratorio: a los servicios básicos auxiliares de diagnóstico que, coadyuven a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Estos pueden incluir exámenes de laboratorio básicos como: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo básico y amplio y pruebas antidopaje y otras que a juicio del médico tratante sean necesarias.
28	<u>Dice</u> 4.1.15 Exámenes o Estudios Complementarios: Estudios clínicos y paraclínicos adicionales que podrán ser solicitados para confirmar diagnósticos médicos y/o modificar tratamientos dependiendo del caso. Son ejemplos de éstos el electroencefalograma, el mapeo cerebral, la tomografía axial computarizada de cráneo, la resonancia magnética de cráneo, etc. Cuando exista sospecha clínica de embarazo, infecciones de transmisión sexual, SIDA, violencia familiar, o situaciones relativas a peri o post menopausia se seguirán los criterios señalados en las normas oficiales mexicanas que resulten aplicables. <u>Debe decir</u> 4.1.15 Exámenes de Gabinete y Estudios Complementarios: Estudios clínicos y paraclínicos adicionales que podrán ser solicitados para confirmar el diagnóstico y/o modificar tratamientos dependiendo del caso. Son ejemplos de éstos el electroencefalograma, el mapeo cerebral, la tomografía axial computarizada de cráneo, la resonancia magnética de cráneo, etc. Cuando exista sospecha clínica de embarazo, infecciones de transmisión sexual, SIDA, violencia familiar, o situaciones relativas a peri o post menopausia se seguirán los criterios señalados en las normas oficiales mexicanas que resulten aplicables.	Se acepta el comentario y, se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.18 Exámenes de Gabinete y Estudios Complementarios: a los estudios clínicos y paraclínicos adicionales que podrán ser solicitados para confirmar el diagnóstico y/o modificar tratamientos dependiendo del caso. Son ejemplos de éstos, el electroencefalograma, el mapeo cerebral, la tomografía axial computarizada de cráneo, la resonancia magnética de cráneo, etc. Cuando exista sospecha clínica de embarazo, infecciones de transmisión sexual, SIDA, violencia familiar o situaciones relativas a peri o postmenopausia, se seguirán los criterios señalados en las normas oficiales mexicanas que resulten aplicables.

29	<u>Dice</u> 4.1.16 Extrema Urgencia Psiquiátrica: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; incluye: Intento de suicidio (autolesiones intencionadas, como envenenamiento o daño autoinfligido X60-X80 del CIE-10), ideación suicida, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones. <u>Debe decir</u> 4.1.16 Urgencia Psiquiátrica: Paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y /o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento. <u>Observaciones</u> Se sugiere que la definición se limita a la urgencia psiquiátrica y se añada el riesgo para la vida de otros. Se sugiere ampliar el tipo de síntomas.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.36 Urgencia Psiquiátrica: al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.
30	<u>Dice</u> 4.1.19 Hospital Psiquiátrico: Unidad especializada de base hospitalaria que brinda atención a usuarios ingresados y cuenta con servicios residenciales prolongados a personas con trastornos mentales y del comportamiento; puede ofrecer consulta externa a usuarios en seguimiento, quienes no requieran de hospitalización. <u>Debe decir</u> 4.1.19 Hospital Psiquiátrico: Unidad de atención médico psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, hospitalización breve y de mediano plazo, urgencias y de manera decreciente, de largo plazo a personas con trastornos mentales y del comportamiento. <u>Observaciones</u> Los estándares internacionales (Plan Global de atención a la Salud Mental, OMS/OPS) indican que los servicios residenciales prolongados deben de reducirse paulatinamente. Los pacientes con déficit cognitivo grave, deben de ubicarse en casas de protección y eliminar las áreas asilares.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción propuesta, toda vez que se debe de impulsar la implementación de casas de medio camino y departamentos independientes, para favorecer que todos los usuarios que son dados de alta, se puedan reintegrar a la sociedad, para quedar como sigue: 4.1.22 Hospital Psiquiátrico: a la unidad de atención integral médico psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazos, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.
31	<u>Dice</u> 4.1.20 Interconsulta: Incluye procedimientos para establecer lo siguiente: la urgencia de la atención; revisar la historia clínica e información disponible; consignar un tratamiento a corto plazo; establecer contacto con el médico responsable en particular en el caso de las y los usuarios de los servicios de salud mental; informar a la o el usuario, y hacer un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.23 Interconsulta: al procedimiento mediante el cual a petición del personal médico tratante, otro médico revisa la historia clínica e información disponible; consigna un tratamiento a corto plazo; establece contacto con el médico tratante; informa a la persona usuaria, y hace un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente, así como evaluación por un servicio de subespecialidad psiquiátrica o cualquier otra especialidad médica, según la condición clínica de la persona usuaria.

	<u>Debe decir</u> 4.1.20 Interconsulta: Es el procedimiento mediante el cual a petición del médico tratante, otro médico revisa la historia clínica e información disponible; consigna un tratamiento a corto plazo; establece contacto con el médico responsable en particular en el caso de las y los usuarios de los servicios de salud mental; informar a la o el usuario, y hacer un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente, así como evaluación por un servicio de subespecialidad psiquiátrica u otra especialidad médica. <u>Observaciones</u> Se sugiere ampliar la definición para precisar la interconsulta para historia clínica y I para incluir interconsultas para evaluación de subespecialidades psiquiátricas (ej. Clínica de adolescentes, clínica de psicogeriatría, clínica de trastornos afectivos, clínica de trastorno obsesivo compulsivo, etc.) y para evaluación de otras especialidades médicas (ej. Medicina interna, etc.).	
32	<u>Dice</u> 4.1.21 Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo: Eje rector de las políticas públicas en materia de Salud Mental en México, el cual promueve la creación de estructuras de prevención, hospitalización y reintegración social de las personas que padecen alguna enfermedad mental y del comportamiento con el objetivo de brindarles una atención digna, oportuna, de calidad, equidad y de respeto a los derechos humanos de usuarios y usuarias. <u>Debe decir</u> 4.1.21 Programa Nacional de Salud Mental: Rector de las políticas públicas en materia de Salud Mental en México, el cual promueve la creación de estructuras de promoción a la salud, prevención, atención comunitaria, consulta externa en los diferentes niveles de atención, hospitalización y reintegración social de las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento con el objetivo de brindarles una atención digna, segura, oportuna, de calidad, equidad y de respeto a los derechos humanos de usuarios y usuarias adaptado a las necesidades de atención de cada paciente, considerando la diversidad de trastornos, y personas que los padecen en cuanto a su gravedad y cronicidad. <u>Observaciones</u> Se sugiere hacer referencia al Programa Nacional de Salud Mental vigente. Se sugiere añadir el vocablo “segura” para cumplir con el acuerdo mundial por la seguridad del paciente de la OMS (se anexa referencia). Y el texto “adaptado a las necesidades de atención de cada paciente, considerando la diversidad de trastornos, y personas que los padecen en cuanto a su gravedad y cronicidad” debido a que los trastornos mentales y las personas que los padecen son muy variados y también las instituciones que los atienden. El tipo de trastornos, la gravedad, el nivel de deterioro, el pronóstico y las necesidades de atención, son las que determinan el tipo de institución que las atenderá, y la estrategia de tratamiento a cada condición de acuerdo con los estándares establecidos en las guías de tratamiento. Las instituciones incluyen CECOSAM, CIJ, Hospitales psiquiátricos públicos y privados, Institutos Nacionales, los servicios de psiquiatría en Hospitales generales. Los procesos de Certificación y Acreditación (se anexan referencias) de Instituciones indican que los modelos de atención deben de adaptarse a las necesidades de los pacientes y estar basados en la evidencia para ello.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque el Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018 está sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo, el cual se encuentra disponible para su consulta en la dirección electrónica: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/PAES2013-2018/STCONSAME/Salud%20Mental.pdf.

33	<u>Dice</u> 4.1.23 Psicoterapia: Intervención que realiza un profesional de la salud mental especializado (psicólogo o psiquiatra) el uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuvan en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o del pensamiento. Dependiendo de la severidad y las necesidades del usuario, la psicoterapia puede ser individual o familiar, o combinarse con farmacoterapia según sea el caso. <u>Debe decir</u> 4.1.23 Psicoterapia: Intervención que realiza un o una profesional de la salud mental especializado en esta estrategia (psicólogo o psiquiatra). El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuvan en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o cognitivos. Dependiendo de la gravedad y de las necesidades del usuario o de la usuaria, la psicoterapia puede ser individual, familiar, de pareja o grupal y combinarse con farmacoterapia según sea el caso. <u>Observaciones</u> Se sugiere añadir la necesidad de quien proporciona psicoterapia esté entrenado en ésta estrategia específica. Cambiar el término “severidad” por “gravedad” que es la traducción al vocablo inglés “severity” cuando se trata de enfermedades.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.27 Psicoterapia: a la intervención que realiza un o una profesional de la salud mental especializado en esta estrategia (psicólogo o psiquiatra). El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuvan en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o cognitivos. Dependiendo de la gravedad y de las necesidades de la persona usuaria, la psicoterapia puede ser individual, familiar, de pareja o grupal y combinarse con farmacoterapia según sea el caso.
34	<u>Debe decir</u> Tratamiento Integral Médico- Psiquiátrico Conjunto de estrategias e intervenciones terapéuticas que cuenten con evidencia científica actual que sustente su efectividad y seguridad, que se implementan con el objetivo de mejorar la salud mental del paciente. <u>Observaciones</u> Incluir definición	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el término integral es para el manejo de otras especialidades médicas y ya se encuentra contemplado en el punto 4.1.22, dentro de la definición de hospital psiquiátrico.
35	<u>Dice</u> 4.1.28 Talleres Protegidos: Espacios en donde las personas con algún trastorno mental y del comportamiento llevan a cabo actividades de tipo laboral dentro de un ambiente terapéutico y controlado, aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación. Estos establecimientos tienen como característica que el ingreso a estos espacios es a petición de la persona que padece un trastorno mental y del comportamiento no se hará a través de intermediarios/as, familiares, autoridades de las instituciones de salud, etc. solamente a petición de la persona interesada. La finalidad de estos talleres es facilitar la reinserción social mediante la rehabilitación psicosocial. Estos talleres no tendrán ningún costo para las y los usuarias de los talleres. <u>Debe decir</u> 4.1.28 Talleres Protegidos: Espacios en donde las personas con algún trastorno mental y del comportamiento llevan a cabo actividades de tipo laboral dentro de un ambiente terapéutico y controlado, aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación. Estos establecimientos tienen como característica que el ingreso a estos espacios es a petición de la persona que padece un trastorno mental y del comportamiento no se hará a través de intermediarios/as, familiares, autoridades de las instituciones de salud, etc., solamente a petición de la persona interesada. La finalidad de estos talleres es facilitar la reinserción social mediante la rehabilitación psicosocial.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque, dadas las condiciones socioeconómicas del país y para promover y facilitar la asistencia de los usuarios a los Talleres, que forman parte del tratamiento de rehabilitación psicosocial, deben ser gratuitos. Con independencia de lo anterior, se modifica parcialmente la redacción para dar mayor claridad a su contenido, en los términos siguientes: 4.1.31 Talleres Protegidos: a los espacios en donde las personas con algún trastorno mental y del comportamiento, adquieren y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, relacionarse con otros e integrarse en la comunidad, conociendo sus derechos, para lograr el mayor grado de autonomía. Estos establecimientos tienen como característica que el ingreso a estos espacios es a petición de la persona que padece un trastorno mental y del comportamiento, no se hará a través de intermediarios/as, familiares, autoridades de las instituciones de salud, etc., solamente a petición de la persona interesada.

	Las instituciones públicas que presten este tipo de servicios, podrán promover conforme a su ámbito de competencia y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables, programas orientados a la gratuidad en la prestación de estos servicios. Observaciones Se sugiere quitar el que no tendrán ningún costo, por ejemplo se puede hablar de cuotas de recuperación y en cuando las condiciones lo permitan no tendrán costo para los usuarios y sus familiares	
36	Debe decir Consentimiento informado: Según la Comisión Nacional de Bioética es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Debe de incluirse para todos los procedimientos médicos psiquiátricos y para la participación de los pacientes en protocolos de investigación. Observaciones Se sugiere añadir la definición de consentimiento informado para: Participar en protocolos de Investigación Para cada tratamiento específico.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, ya que se retoma el concepto de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, para quedar como sigue: 4.1.11 Consentimiento Informado: a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, de conformidad con las disposiciones aplicables, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
37	Debe decir Internamiento breve: estancia intrahospitalaria de 1 a 22 días Internamiento de mediana estancia: estancia intrahospitalaria mayor a 22 días y hasta 3 meses. Internamiento prolongado: estancia intrahospitalaria mayor a 3 meses. Egreso: El término de la etapa de internación dentro de un plan de tratamiento, ordenada por el médico tratante, cuando las circunstancias que hicieron necesaria dicha internación, han sido superadas y el paciente puede continuar su recuperación en forma ambulatoria o bien pasar a la etapa de rehabilitación psicosocial. Observaciones Se sugiere agregar las definiciones: Internamiento breve Internamiento de mediana estancia Internamiento prolongado Egreso	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque se tiene que realizar un consenso nacional para definir los periodos de cada definición sugerida, lo cual realizará el Consejo Nacional de Salud Mental y se dará a conocer como parte de una política pública. Una norma oficial mexicana, no es el instrumento jurídico idóneo para tal efecto, ya que dicha finalidad, no se encuentra considerada en el artículo 40, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
38	Dice 4.1.31 Unidad de Psiquiatría en Hospital General: Área de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Debe decir 4.1.31 Unidad de Psiquiatría en Hospital General: Servicio de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estancia y consulta externa.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.35 Unidad de Psiquiatría en Hospital General: al servicio de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estancia y consulta externa.

	<u>Observaciones</u> Se sugiere añadir "consulta externa" debido a que las unidades de psiquiatría en Hospital General no sólo atienden personas que están en hospitalización, si no también brindan atención en consulta externa.	
39	<u>Dice</u> 4.2 4.2.1 CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. <u>Debe decir</u> Abreviaturas CIE Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud vigente. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir el nombre completo y establecer que se usará la vigente dado que cambia cada 10 años.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.2.1 CIE 10: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud vigente.
40	4.2.4 Funcionalidad: nivel de funcionamiento del paciente durante un determinado período de tiempo que oscila entre leve y grave. El funcionamiento se considera compuesto por tres áreas principales: actividad social, laboral y psicológica (cognitiva), en las cuales el paciente tiene conductas eficaces. De acuerdo con las clasificaciones internacionales vigentes. <u>Observaciones</u> Añadir definición debido a que en una norma ampliada se requiere conocer este elemento para definir el nivel en que el paciente será tratado.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque puede considerarse discriminatorio, y el término, es no materia de la norma.
41	<u>Dice</u> 5. Disposiciones Generales 5.3 Los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos: <u>Debe decir</u> 5.3 Las y los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos. <u>Observaciones</u> Se sugiere cambio conforme a los lineamientos para el uso no sexista del lenguaje	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.3 Las y los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos:
42	<u>Dice</u> 5.3.3 Procedimientos para que en la unidad prevalezca un desempeño técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica de calidad y calidez, tomando como objetivo y único fin, ayudar las y/o los usuarios con trastorno mental y del comportamiento y respetando los derechos humanos dentro de un ambiente cordial.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el término seguridad puede interpretarse con discrecionalidad y fomentar prácticas en perjuicio de los pacientes con enfermedad mental.

	<u>Debe decir</u> 5.3.3 Procedimientos para que en la unidad prevalezca un desempeño eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica de calidad, calidez y seguridad, tomando como objetivo y único fin, ayudar a las y los usuarios con trastorno mental y del comportamiento y respetando los derechos de los pacientes dentro de un ambiente cordial. <u>Observaciones</u> Se sugiere añadir el vocablo “segura” para cumplir con el acuerdo mundial por la seguridad del paciente de la OMS (se anexa referencia)	
43	<u>Dice</u> 5.3.6 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa. 5.3.7 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de hospitalización psiquiátrica 5.3.8 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial. <u>Debe decir</u> 5.3.6 Instalaciones que garanticen calidad y seguridad atendiendo las necesidades especiales de pacientes (personas de la tercera edad, demencia, con alguna discapacidad física, etc.) y personal con las competencias para la prestación de servicios de consulta externa. 5.3.6 Instalaciones que garanticen calidad y seguridad atendiendo las necesidades especiales de pacientes (personas de la tercera edad, demencia, con alguna discapacidad física, etc.) y personal con las competencias para la prestación de servicios de urgencias psiquiátricas. 5.3.6b. En los Hospitales generales: Instalaciones y personal para la prestación de servicios de hospitalización psiquiátrica y de tratamiento de la comorbilidad de trastornos mentales y otras condiciones crónicas 5.3.7 Instalaciones que garanticen calidad y seguridad atendiendo las necesidades especiales de pacientes (personas de la tercera edad, demencia, con alguna discapacidad física, etc.) y personal con las competencias para la prestación de servicios de hospitalización psiquiátrica 5.3.8 Instalaciones que garanticen calidad y seguridad atendiendo las necesidades especiales de pacientes (personas de la tercera edad, demencia, con alguna discapacidad física, etc.) y personal con las competencias para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial. 5.3.9 Recursos humanos, materiales y económicos para la atención médica en casos de comorbilidad y realizar la referencia oportuna al nivel de atención requerido dentro o fuera de la unidad de primer nivel, de primer nivel especializado, hospitales de segundo nivel o atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. <u>Observaciones</u> Se sugiere modificar la redacción para garantizar la calidad y seguridad en las instalaciones y que el personal cuente con los conocimientos y destrezas necesarios para cumplir las funciones que se le encomiendan.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la redacción propuesta es limitativa, los servicios psiquiátricos atienden completamente la línea de vida, es más clara la redacción del Proyecto.

44	<u>Dice</u> 5.3.10 Programa General de Trabajo, el cual deberá contemplar las siguientes áreas: 5.3.10.1 Área Médica: las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial, y g) referencias y contrarreferencias a servicios como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar. 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos; f) alta de usuarios (as), y g) actividades deportivas, sociales y culturales. <u>Debe decir</u> 5.3.10 Programa General de Trabajo, el cual deberá contemplar las siguientes áreas dependiendo del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: 5.3.10.1 Área Médica: Las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial, g) referencias y contrarreferencias a servicios en otros niveles de atención y como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar. h) alta de usuarios. 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; y e) actividades deportivas, sociales y culturales. <u>Observaciones</u> El equipo de profesionales en la atención a padecimientos médico psiquiátricos debe de ser coordinado por el médico tratante y conformado además por un psicólogo clínico, trabajador social en psiquiatría, terapeutas y personal de enfermería psiquiátrica. Cada quien con funciones y responsabilidades específicas. El médico psiquiatra, es responsable de decidir el enfoque de tratamiento del cual se beneficiará el paciente. Incluyendo el tipo de psicoterapia o intervención psicosocial más conveniente para cada usuario. El alta del servicio debe de ser evaluada y autorizada por el médico psiquiatra o en su defecto, el médico capacitado en la identificación y manejo de trastornos mentales.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, porque relativiza los conceptos y deja optativas las disposiciones de la norma. Se retoma sólo la parte relativa al alta de usuarios por lo que, se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10 Programa General de Trabajo, el cual deberá contemplar las siguientes áreas: 5.3.10.1 Área Médica: las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial; g) referencias y contrarreferencias a servicios como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar y h) alta de usuarios/as. 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos y f) alta de usuarios/as.
45	<u>Dice</u> 5.3.10.3 Área de Rehabilitación Psicosocial: a) talleres protegidos; b) banco de reforzadores; c) apoyo a actividades de la vida diaria; d) paseos terapéuticos individuales y grupales, y e) terapia ocupacional. <u>Debe decir</u> 5.3.10.3 Área de Rehabilitación Psicosocial: De acuerdo con el tipo de servicio y el tiempo de hospitalización, las instituciones pueden incluir en sus actividades a) talleres protegidos; b) banco de reforzadores, c) apoyo a actividades de la vida diaria; y d) terapia ocupacional e) paseos terapéuticos individuales y grupales.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque se relativiza el concepto.

	<u>Observaciones</u> La atención hospitalaria puede ser breve y de mediana estancia, atender episodios agudos y casos crónicos, por ello es necesario considerar la capacidad de cada centro para ofrecer este tipo de servicios o referir a otro centro para recibir este tipo de estrategias terapéuticas complementarias.	
46	5.3.10.4 Las áreas asilares para personas con disfuncionalidad grave deben de desaparecer y en su lugar crearse hogares protegidos de tamaño pequeño en donde puedan reubicarse estos pacientes, quienes conforme a los lineamientos internacionales y en respeto a sus derechos humanos deberán recibir casa, comida, ropa, y atención médica, atención especializada de rehabilitación y servicio de enfermeras o cuidadoras capacitadas. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir para apoyar el cumplimiento de las recomendaciones de la audiencia pública de la OEA.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, en razón de que no existen los suficientes programas de reinserción social, ello coloca al paciente en inseguridad jurídica y física, porque puede implicar que los hospitales psiquiátricos, envíen a la calle a los pacientes asilados.
47	5.3.10.5 Investigación: la dirección de la institución deberá normar la participación de los pacientes en protocolos de investigación considerando los siguientes elementos: a) calidad científica del protocolo, b) lineamientos éticos, c) consentimiento informado, d) inclusión del consentimiento en el expediente clínico e) vigilancia del proceso de investigación y evolución de los pacientes. En los casos en que las instituciones no tengan actividades de investigación podrá aceptarse un protocolo avalado por una institución oficial y con comité de ética registrado. <u>Observaciones</u> La participación de los pacientes en protocolos de investigación debe de normarse de acuerdo con las disposiciones vigentes.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, en razón de que la investigación en seres humanos se norma en términos de las disposiciones aplicables, como se señala en el numeral 11.3, de la norma definitiva que quedará redactado de la siguiente manera: 11.3 Las actividades de investigación científica que se realicen en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud, en el Reglamento en materia de investigación para la salud y en las demás disposiciones aplicables.
48	5.3.10.6 Atención en unidades de primer nivel: La atención ambulatoria proporcionada por un equipo de salud mental formado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras; dependiendo del tipo de servicio y de las posibilidades, puede contarse con un psiquiatra que supervise casos seleccionados, la prescripción y canalice a pacientes que así lo requieran a otros niveles de atención. <u>Observaciones</u> Se sugiere aumentar incisos sobre la atención en primer, segundo y tercer nivel no especializado en psiquiatría, que deben de formar parte de la red de servicios en los que, mediante un adecuado programa de referencia y contra referencia, pueda distribuirse la atención de la salud mental, aumentando cobertura, y la probabilidad de una atención oportuna que prevenga el incremento de la gravedad por una enfermedad no tratada, y prevenga otras consecuencias como la no adherencia al tratamiento de otras complicaciones médicas, y disminuya riesgo de suicidio y adicciones.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el ámbito de aplicación de la Norma es sólo para la atención integral hospitalaria médico psiquiátrica y no para unidades de primer nivel.

49	Atención en unidades de primer nivel especializada: Se otorga en unidades operativas que otorgan servicios ambulatorios en salud mental comunitaria a pacientes, familiares y población en general de forma integral que canalizan por medio del sistema de referencia y contrareferencia de acuerdo a las necesidades del paciente.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.3 Atención en unidades de primer nivel especializada: a la que se proporciona en unidades operativas que brindan servicios ambulatorios en salud mental comunitaria a pacientes, familiares y a la población en general de forma integral que canalizan por medio del sistema de referencia y contrareferencia de acuerdo a las necesidades del paciente.
50	Servicios de Psiquiatría insertos dentro de los Hospitales Generales, o en hospitales de tercer nivel no especializados en psiquiatría y que proporcionan atención a casos que cursan o no con otra patología médica y brindan atención multidisciplinaria y por medio del sistema de referencia y contrareferencia canalice a pacientes que así lo requieran a otros niveles de atención.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.30 Servicios de Psiquiatría: a los que se encuentran insertos dentro de los Hospitales Generales, o en hospitales de tercer nivel no especializados en psiquiatría, mediante los cuales se proporciona atención a casos que cursan o no con otra patología médica. Brindan atención multidisciplinaria y por medio del sistema de referencia y contrareferencia canalizan a las personas usuarias que así lo requieren, a otros niveles de atención.
51	Dice 5.5 Con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos humanos de los usuarios en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, los responsables de las unidades en lo que se presten éstos, podrán promover la creación de los siguientes cuerpos: Debe decir Las unidades hospitalarias especializadas con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos de los pacientes en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, los responsables de las unidades en lo que se presten éstos, podrán promover la creación de los siguientes cuerpos: Observaciones Dado que se han incluido otros servicios, indicar que este inciso se refiere a actividades de las unidades hospitalarias especializadas. Incluir el término "seguridad" para atender los compromisos de la Alianza Mundial por la seguridad del paciente de la OMS.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el término seguridad puede interpretarse con discrecionalidad y fomentar prácticas en perjuicio de los pacientes con enfermedad mental.
52	Dice 5.5.1 Asamblea de Usuarios de cada unidad, organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las y los usuarios y sus familiares. Debe decir 5.5.1 Asamblea de Usuarios de cada unidad que pueden estar organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las y los usuarios y sus familiares. Observaciones Incluir la posibilidad de que las Asambleas de usuarios sean convocadas por los dirigentes de las instituciones independientemente de que cuenten con comités ciudadanos o no.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.5.1 Asamblea de Usuarios/os de cada unidad que pueden estar organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las personas usuarias y sus familiares.

53	<u>Dice</u> 5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). Se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la revisión integral de un comité multidisciplinario de internamiento, que incluya un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario. La decisión del internamiento involuntario será tomada por la máxima autoridad presente en la unidad médica al momento que acuda la o el usuario. <u>Debe decir</u> En unidades médico hospitalarias el ingreso puede ser: 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los y las especialistas antes referidos, requiere de la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento y que es obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y dentro de los quince días hábiles posteriores al ingreso del paciente será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento, siendo el médico psiquiatra quien valorará sobre la continuidad de tratamiento hospitalario o ambulatorio, permitiendo en cuanto las condiciones del el usuario lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario. <u>Observaciones</u> Ya está definido en La ley general de salud en el capítulo VII, artículo 75. Ya está definido en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, capítulo VII, artículo 56. Se sugiere omitir la revisión de un Comité Multidisciplinario de Internamiento, lo que va en contra del concepto de atención oportuna de las necesidades de los pacientes, de que el internamiento hospitalario debe ser determinado por el médico y darse en cuanto a juicio del médico, el paciente lo necesite sin necesidad de que se reúna un comité multidisciplinario que retrasaría la atención.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.6 El consentimiento informado de las personas usuarias de algún familiar, tutor/a o representante legal, es la base para el ingreso a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. En las unidades médico hospitalarias el ingreso puede ser: 5.6.1 ... 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.
----	---	---

54	<u>Dice</u> 5.6.3 El egreso de la o el usuario del servicio de hospitalización se realizará por los siguientes motivos: 5.6.3.1 Estabilización del cuadro clínico o curación. 5.6.3.2 Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización. 5.6.3.3 Mejoría. 5.6.3.4 Traslado a otras instituciones. 5.6.3.5 A solicitud de la o el usuario, con excepción de los casos de ingreso involuntario. 5.6.3.6 A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento de la o el usuario. 5.6.3.7 Defunción. <u>Debe decir</u> 5.6.3 El egreso de la o el usuario del servicio de hospitalización será definido por el Médico Psiquiatra o Médico de primer contacto se realizará por los siguientes motivos: 5.6.3.5 Voluntario a solicitud de la o el usuario, 5.6.3.6 A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento de la o el usuario con excepción de los casos de ingreso involuntario. 5.6.3.9. Por disposiciones de la ley. <u>Observaciones</u> Se sugiere especificar que la decisión debe de ser tomada por el Médico Psiquiatra o Médico de primer contacto que este capacitado y entrenado para esta toma de decisiones responsable. Se sugiere modificar definición de egreso por alta voluntaria, e incluir el alta por disposiciones de la ley. 5.6.3.5 Voluntario a solicitud de la o el usuario,	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario y se modifica la redacción. Se sustituye el término definido por avalado, para quedar de la manera siguiente: 5.6.3 El egreso de la persona usuaria del servicio de hospitalización será avalado por el Médico Psiquiatra y podrá realizarse por los siguientes motivos: 5.6.3.1 a 5.6.3.4 ... 5.6.3.5 Voluntario a solicitud de la persona usuaria; 5.6.3.6 A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento de la persona usuaria, con excepción de los casos de ingreso involuntario, y 5.6.3.7 Por resolución de la autoridad legal competente.
55	<u>Dice</u> El uso de tratamiento farmacológico debe ser administrado por necesidades de salud y a partir de un diagnóstico, sólo con fines terapéuticos y nunca como un castigo o para la conveniencia de terceros que no sean las y/o los usuarios. Todo uso de medicamento debe ser reportado en el expediente clínico. <u>Debe decir</u> El uso de tratamiento farmacológico debe ser indicado por un médico con entrenamiento, preferentemente el especialista en psiquiatría, de acuerdo con las necesidades de salud y a partir de un diagnóstico, sólo con fines terapéuticos y nunca como un castigo o para la conveniencia de terceros que no sean las y/o los usuarios. Todo uso de medicamento debe ser reportado en el expediente clínico. <u>Observaciones</u> El médico es quien indica el tratamiento.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.7.2 El uso de tratamiento farmacológico debe ser indicado por un médico con entrenamiento, preferentemente el especialista en psiquiatría, de acuerdo con las necesidades de salud y a partir de un diagnóstico, sólo con fines terapéuticos y nunca como un castigo o para la conveniencia de terceros que no sean las personas usuarias. Todo uso de medicamento debe ser reportado en el expediente clínico.

56	<u>Dice</u> 5.7.3 La estricta confidencialidad en el expediente clínico así como el manejo del diagnóstico e información de la o el usuario. <u>Debe decir</u> 5.7.3 La estricta confidencialidad en el expediente clínico así como el manejo del diagnóstico e información de la o el usuario, de acuerdo a las leyes y normas vigentes. <u>Observaciones</u> De acuerdo con las leyes y normas vigentes existen excepciones a la confidencialidad por ejemplo Plan Suicida, Plan Homicida, Embarazo en menores de edad, Uso de sustancias en menores de edad.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.7.3 La estricta confidencialidad en el expediente clínico, así como el manejo del diagnóstico e información de las personas usuarias, de acuerdo a la normativa aplicable.
57	<u>Dice</u> 5.7.5 Talleres de actividades recreativas, deportivas y de inducción laboral; así como el acceso a medios de comunicación electrónicos. <u>Debe decir</u> 5.7.5 De acuerdo con el nivel y tipo de paciente a que se da atención: talleres de actividades recreativas, deportivas y de inducción laboral; así como el acceso a medios de comunicación electrónicos, si la unidad cuenta con ellos y si las condiciones agudas del padecimiento lo permiten. <u>Observaciones</u> No todas las unidades cuentan con acceso a medios electrónicos, por lo que sería preferible NO incluirlo en una Norma Oficial que es Obligatoria, a menos de que se asegure disponibilidad en las instituciones.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el sentido del comentario porque los talleres de actividades recreativas, como unos de los aspectos de los programas de atención de las personas usuarias de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, no pueden quedar sujetas a la determinación de cierto nivel y clasificación, toda vez que tal consideración, no establece parámetros objetivos para establecer dichas condiciones por lo que la propuesta, resulta discrecional, y se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.7.5 Talleres de actividades recreativas, deportivas y de inducción laboral; así como el acceso a medios de comunicación electrónicos, si existe esa posibilidad.
58	<u>Dice</u> 5.7.10 Promover la integración de los siguientes comités hospitalarios, en congruencia con las actividades y funciones que la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica desempeña y en apego a las disposiciones aplicables: <u>Debe decir</u> 5.7.10 En las unidades hospitalarias (sic) especializadas y de acuerdo con el tipo de atención que se proporcione, promover la integración de los siguientes comités hospitalarios, en congruencia con las actividades y funciones que la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica desempeña y en apego a las disposiciones aplicables:	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario por que la integración de los comités hospitalarios, como uno de los aspectos de los programas de atención de las personas usuarias de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, no pueden quedar sujetas a la determinación de cierto nivel y clasificación, toda vez que tal consideración, no establece parámetros objetivos para establecer dichas condiciones por lo que la propuesta, resulta discrecional.

59	<u>Dice</u> 5.7.10.1 Ética y vigilancia. 5.7.10.2 Investigación. 5.7.10.3 Auditoría médica. 5.7.10.4 Calidad y seguridad de las y los usuarios. 5.7.10.5 Mortalidad. 5.7.10.6 Infecciones intrahospitalarias. 5.7.10.7 Protección civil. 5.7.10.8 Garantía de calidad de la atención. 5.7.10.9 Multidisciplinario de internamiento. 5.7.9.10 Derechos humanos. 5.7.10.11 Rehabilitación psicosocial. <u>Debe decir</u> 5.7.10.1 Ética y vigilancia. 5.7.10.2 Investigación. 5.7.10.3 Auditoría médica. 5.7.10.4 Calidad y seguridad de las y los usuarios. 5.7.10.5 Mortalidad. 5.7.10.6 Infecciones intrahospitalarias. 5.7.10.7 Protección civil. 5.7.10.8 Garantía de calidad de la atención. 5.7.10.9 Multidisciplinario de movimiento hospitalario 5.7.10.10 Derechos humanos. 5.7.10.11 Rehabilitación. <u>Observaciones</u> Se sugiere omitir: 5.7.10.9 Multidisciplinario de internamiento, La ley faculta al médico responsable del servicio para realizar el internamiento. 5.7.10.10 Derechos humanos. La vigilancia de estos derechos la realiza el comité de ética y 5.7.10.11 Rehabilitación psicosocial. El área de rehabilitación es la encargada de estas acciones.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario. Sólo se elimina el punto 5.7.10.9 multidisciplinario de internamiento y los puntos 5.7.10.1 ética y vigilancia y 5.7.9.10 derechos humanos, se mantienen toda vez que el primero, se refiere a aspectos que pueden incluir tanto al paciente como al personal que brinda la atención psiquiátrica, mientras que el de derechos humanos está específicamente constituido para la protección del paciente. Tampoco se elimina el término "psicosocial" porque resulta necesaria la especificidad en el nombre del comité para mejor comprensión de su alcance y funciones. Se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.7.10.1 Ética y vigilancia; 5.7.10.2 Investigación; 5.7.10.3 Auditoría médica; 5.7.10.4 Calidad, calidez, equidad y seguridad de las personas usuarias; 5.7.10.5 Mortalidad; 5.7.10.6 Infecciones intrahospitalarias; 5.7.10.7 Protección civil; 5.7.10.8 Garantía de calidad de la atención; 5.7.10.9 Derechos humanos, no discriminación y equidad de género; 5.7.10.10 Rehabilitación psicosocial, y 5.7.10.11 Ciudadano de apoyo.
60	<u>Dice</u> 6.3.4 Detección y manejo oportuno de casos con intervención psicológica en terapia individual, de pareja, familiar y grupal, cuando la o el usuario está hospitalizado así como en consulta externa al otorgarle alta de hospitalización. <u>Debe decir</u> 6. Actividades preventivas 6.3.4 Detección y manejo oportuno de casos con intervención psicológica, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de personal entrenado, en terapia individual, de pareja, familiar y grupal, cuando la o el usuario está hospitalizado, así como en consulta externa al otorgarle alta de hospitalización.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque las actividades preventivas no pueden quedar sujetas a la detección de las necesidades de las personas usuarias de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, ya que tal circunstancia, no establece parámetros objetivos para su determinación por lo que la propuesta, resulta discrecional.

	<u>Observaciones</u> Se sugiere Indicar que las intervenciones se darían considerando las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de recursos humanos formados en estas técnicas.	
61	<u>Dice</u> 7. Actividades terapéuticas 7.2.4 Estudio psicológico. <u>Debe decir</u> 7.2.4 Evaluación psicológica <u>Observaciones</u> Se sugiere cambiar el nombre ya que no en todos los casos se requiere de un estudio psicológico completo.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 7.2.4 Evaluación psicológica;
62	<u>Dice</u> 7.1.4.7 El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.10 de esta norma. <u>Debe decir</u> 7.1.4.7 El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.10 de esta norma y en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. <u>Observaciones</u> Se sugiere hacer referencia también a la norma que regula la atención de estos casos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque es de observarse que en el apartado de referencias, de la Norma, se incluyó la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, cuya emisión tiene sustento, entre otros ordenamientos, en lo dispuesto por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
63	7.5.2 DICE Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la CIE-10. DEBE DECIR Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades de la organización mundial de la salud, vigente. <u>Observaciones</u> Se sugiere un cambio en la redacción debido a que la CIE se revisa cada 10 años, y está por salir la versión 11 e incluir el nombre completo.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 7.5.2 Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, vigente;

64	7.4.1.7 DICE El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.10 de esta norma. DEBE DECIR El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.10 de esta norma y en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. <u>Observaciones</u> La observancia obligatoria de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia es muy importante en la atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, sin la mención de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia porque es de observarse que en el apartado de referencias, de la Norma, se incluyó la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, cuya emisión tiene sustento, entre otros ordenamientos, en lo dispuesto por dicha Ley, por lo que se modifica la redacción para quedar como sigue: 7.4.1.7 El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el punto 3.14, de esta norma.
65	8. Actividades de rehabilitación psicosocial 8.1.2.1 DICE Comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen las áreas: cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física. DEBE DECIR Comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen las áreas: cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física y psicosocial. <u>Observaciones</u> Se sugiere incluir rehabilitación psicosocial.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 8.2.1 Comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen las áreas: cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física y psicosocial:
66	8.3.1 DICE La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general, y en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas para facilitar a las y los usuarios su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extra hospitalarios existentes.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque se relativizan los conceptos y es discrecional el criterio para determinar las necesidades de los pacientes.

	DEBE DECIR La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas para facilitar a las y los usuarios su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, y conforme a las necesidades de los pacientes y la existencia de servicios que garanticen calidad y seguridad, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, y los demás servicios extra hospitalarios existentes. Observaciones Se sugiere incluir el requisito de seguridad y calidad del servicio ofrecido por los establecimientos y la canalización a estos servicios de acuerdo con las necesidades de los pacientes.	
67	9.8 DICE Accesar a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario. DEBE DECIR Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario. Observaciones Se sugiere cambiar la palabra "accesar" por "tener acceso".	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.8 Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento para la atención médica.
68	9.12 DICE Recibir medicación prescrita por un especialista que cumpla con el perfil profesional adecuado a las necesidades de las y los usuarios, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico. DEBE DECIR Recibir medicación prescrita por un o una especialista que cumpla con el perfil profesional adecuado con las necesidades de las y los usuarios, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico, tanto durante la hospitalización como en tratamiento ambulatorio. Observaciones Se sugiere añadir: un o una especialista para seguir los lineamientos del uso no sexista del lenguaje. Se sugiere añadir la necesidad de asegurar al paciente el tratamiento farmacológico después de su alta hospitalaria, o en consulta ambulatoria, que es un elemento ya incluido en el CAUSES e incorporado a la atención por parte de las Instituciones de Seguridad Social.	Se acepta parcialmente el comentario y se modifica la redacción, toda vez que la atención médica especializada, ya se contempla en el punto 9.10, de esta norma, de igual forma se hace notar que se considera innecesaria la especificación propuesta para el expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la norma oficial mexicana citada en el punto 3.2, de esta norma, para quedar como sigue: 9.12 Recibir medicación prescrita por especialistas, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico.

69	9.13 DICE Que la información, tanto la proporcionada por las y los usuarios o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad. DEBE DECIR Que la información, tanto la proporcionada por las y los usuarios o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad conforme la normatividad vigente Observaciones Se sugiere añadir conforme a la normatividad vigente.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.13 Que la información, tanto la proporcionada por las personas usuarias o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad conforme la normativa aplicable.
70	9.18 DICE Contar con un traductor(a) que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lenguas indígenas. DEBE DECIR Gestionar un traductor que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso de que los pacientes o sus familias, únicamente hablen lenguas indígenas u otro idioma diferente al español y en caso necesario, un intérprete de lengua de señas Observaciones Se sugiere cambiar el vocablo “contar” por “gestionar” para indicar que si bien no es necesario que se tenga contratada una persona con estas habilidades si es necesario gestionar su presencia cuando se requiera. Se sugiere ampliar para incluir también la necesidad de un traductor de otro idioma (ej. Inglés, francés, etc.) y un traductor de señas, toda vez que existe la posibilidad de que personas sordo-mudas soliciten atención.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, toda vez que no se acepta el término gestionar, por lo que se modifica la redacción para quedar como sigue: 9.18 Contar con una o un traductor que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lengua indígena.
71	9.20 Cuando sea posible y se requiera la familia podrá contar con apoyo de transporte de familiares descompensados que requieran atención de urgencia. Observaciones Se sugiere también incluir apoyo a las familias para el transporte de pacientes descompensados a las unidades hospitalarias, debido a que hoy en día no se cuenta con ningún servicio que auxilie a una familia cuando uno de sus miembros se descompensa y pone en peligro su vida o la de otros.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.20 Ser protegido/a contra toda explotación, abuso o trato degradante y, en su caso, denunciar por sí, o a través de un familiar o su representante legal, cualquier abuso físico, sexual, psicológico, moral o económico que se cometa en su contra. Cuando sea posible, conforme a las disposiciones aplicables y se requiera, la familia podrá contar con apoyo de transporte de familiares para atención de urgencias.
72	9.21 DICE Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los medios de comunicación electrónica, así como leer la prensa y otras publicaciones.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque es discrecional el criterio de procedencia.

	DEBE DECIR Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Cuando proceda, tener acceso a los medios de comunicación electrónica, así como leer la prensa y otras publicaciones. Observaciones No siempre las condiciones de la o el usuario son propicias para que tenga acceso a medios de comunicación electrónica, así como leer la prensa y otras publicaciones.	
73	12 DICE Concordancia con normas internacionales y mexicanas DEBE DECIR “Carta Internacional de los Derechos Humanos”, “Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, y “ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad”. Observaciones Se sugiere incluir las normas.	Con fundamento en el artículo 3°, fracción XV-A, así como artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 7, de la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario porque en el capítulo de Concordancia con normas internacionales, debe establecerse la concordancia de la Norma con otra u otras Normas Internacionales y la inclusión propuesta de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en este apartado, es incorrecto en razón de que dicho Ordenamiento, no puede considerarse como una Norma Internacional ya que no fue emitida por un organismo internacional de normalización reconocido por el gobierno mexicano en los términos del derecho internacional. La propuesta se retoma en el apartado de Bibliografía, se modifica la redacción para quedar como sigue: 13.23 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
74	Bibliografía 1.Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, dasanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003, 26(4): 1-16 2.Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. Journal of Psychiatric Research, 2010 3.Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, De Girolamo G, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Karam E, Kessler R, Levinson D, Medina-Mora ME, Oakley Browne MA, Ormel JH, Villa JP, Uda H, & Von Kroff M 2008. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. International Journal of Obesity, 32(1): 192-200. 4.Ormel JH, Von Kroff M, Burger H, Scott KM, Demyttenaere K, Huang Y, Posada-Villa J, Pierre Lapine J, Angermeyer M, Levinson D, De Girolamo G, Kawakami N, Karam E, Medina-Mora ME, Gureje O, Williams D, Haro JM, Bromet E, Alonso J, & Kessler R 2007. Mental disorders among persons with heart disease -results from World Mental Health surveys. General Hospital Psychiatry, 29(4): 325-334. 5.Johansen C, Oksbjerg S, Envold D, Envold P. Depression and Cancer. The role of Culture and Social Disparities. In Depression and Cancer Lissane D, Maj M, Sartorius N. 2011. John Wiley and Sons, LTD India. Published Online. D01: 10.1002/9780470972533.ch9	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque la bibliografía sugerida, no corresponde a la política de salud mental implementada en México, se tratan de documentos que no se consultaron en el desarrollo de la norma, por lo tanto, no puede considerarse parte de la bibliografía de la norma.

	6. Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2011. Investigación base realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por Berenzon y cols. 7. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003, 26(4): 1-16. 8. Medina-Mora, M.E.; Rojas, E.; Borges, G.; Vázquez-Pérez, L, Fleiz, C.; Real, T.: "Comorbidity: Depression and substance abuse". Chapter 4. In: Depression in Latinos: Assessment, Treatment, and Prevention. Editores: Sergio A. Aguilar-Gaxiola, Thomas P. Gullotta. Editorial: Springer Science. ISBN: 978-0-387-78511-0. Estados Unidos. Págs. 73-91; 2008. 9. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, ME., Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública de México, 52 (4), 20120, 292 — 304. Observaciones Se sugiere añadir la bibliografía que se cita en la nueva introducción (sic) y la de los programas que se añadieron	
75	SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD. SECRETARÍA DE SALUD. Estos comentarios son el resultado de un análisis comparativo cualitativo y cuantitativo entre la NOM-025SSA2-1994 y el citado proyecto NOM-025-SSA2-2º12, y entre este y los tópicos propuestos en la "Lista de control sobre legislación en salud mental de la OMS", contenida en Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006. Esto con el objeto de contar con un buen parámetro de análisis para comparar los contenidos normativos vigentes y el proyecto sobre salud mental en México. En dicho manual de la OMS, se proponen 27 tópicos que deberían de ser considerados para la regulación de la atención de la salud mental, mismos que se enumeran: 1. Preámbulo. 2. Objetivos. 3. Definiciones. 4. Acceso a la salud mental. 5. Los derechos de los usuarios de servicios de salud mental. 6. Derechos de las familias y otras personas a cargo. 7. Capacidad, discernimiento y curatela. 8. Ingreso y tratamiento voluntarios. 9. Pacientes que no protestan. 10. Ingreso involuntario y tratamiento involuntario. 11. Tratamiento involuntario (cuando se lo trata en forma separada del ingreso involuntario). 12. Consentimiento sustitutorio para el tratamiento.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario en razón de que: A. No constituye una propuesta específica a esta norma. B. La norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos. C. Los servicios comunitarios no están incluidos en la norma. D. La suspensión o restricción de derechos humanos no es posible al interior de un hospital. E. El Proyecto publicado para consulta pública no elimina la restricción física, sólo el aislamiento que es una práctica que se considera tortura (el punto 11.11 que se menciona, no hace alusión al aislamiento). F. El plan terapéutico es determinado por el personal de salud y no por la familia. La familia es incluida al interior del plan terapéutico y se beneficia de él. G. Las leyes conservan los derechos y las figuras jurídicas a que se aluden en el comentario. H. Los puntos 4.1.11, 5.6, 5.6.1 y 5.6.2 definen los ingresos voluntario e involuntario y el consentimiento informado. I. Todo tratamiento invasivo deberá realizarse bajo los lineamientos del consentimiento informado que se incluye en el punto 4.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, así como en el punto 5.6, de la norma.

13. Tratamiento involuntario en la comunidad. 14. Situaciones de emergencia. 15. Determinación de existencia de un trastorno mental. 16. Tratamientos especiales. 17. Aislamiento y restricciones físicas. 18. Investigación clínica y experimental. 19. Mecanismos de supervisión y revisión. 20. Responsabilidades de la policía. 21. Personas con enfermedades mentales sometidas a la ley penal. 22. Discriminación. 23. Vivienda. 24. Empleo. 25. Seguridad social. 26. Cuestiones civiles. 27. Protección de grupos vulnerables (niños y niñas, mujeres, minorías). De acuerdo a la situación jurídica de la salud mental, en México se presenta una perspectiva legislativa de tipo “dispersa”, porque los asuntos de salud mental y adicciones forman parte del contenido de la Ley General de Salud de 1984, es decir, no existe una ley solo para regular la salud mental. Por otra parte, si consideramos a la Ley General de Salud, incluyendo la reciente reforma del capítulo de salud mental de dicha Ley, en 2011, y los otros ordenamientos complementarios como el reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica y la NOM-025 de 1994, se observa una asincronía y limitada vinculación entre sus disposiciones y con el actual proyecto de norma. Que en teoría son complementarios entre sí en denominación, pero no plenamente por sus contenidos o nivel de especificación de los mismos. El proyecto de norma parece que no representa un ejercicio vinculatorio con los instrumentos aplicables. En el contenido del proyecto de norma, en general, se describen 116 preceptos sustantivos entre los apartados con numeral del 1 al 13, de los cuales se eliminaron 9 respecto de la norma precedente, se mantienen igual o similar 68 preceptos, y se incluyeron 39 nuevos preceptos. De los eliminados, destacan la notificación al Ministerio Público, el aislamiento y las restricciones físicas, el ingreso obligatorio; y de los nuevos, se refieren 23 a definiciones y abreviaturas, y los otros 16 preceptos en su mayoría, ahondan en actividades del programa general de trabajo, además de la asamblea de usuarios y los comités ciudadanos, nuevos comités hospitalarios y la prohibición del aislamiento, entre otros no relevantes. Asimismo, se considera que contiene apartados no exclusivos o relevantes para esta norma, en los apartados o agrupación de preceptos algunos son confusos o reiterativos, el orden de los preceptos parece poco sistematizado y en algunos, no tienen correspondencia con el apartado en donde están descritos.	
---	--

	La introducción es poco explícita en el contexto de la problemática de la salud mental. El objetivo vuelve a situar al hospital psiquiátrico como eje de atención de la salud mental. En las definiciones de términos se describe el significado de varios que no son tomados en cuenta en el texto del proyecto. Este proyecto de norma, como su antecesora, sigue estando altamente medicalizado porque la mayor parte de su contenido describe una serie de actividades médicas como en las secciones de disposiciones generales, actividades preventivas, actividades terapéuticas y actividades de rehabilitación psicosocial, que en general hace alusión a formatos del expediente clínico para cada una de las intervenciones como consulta externa, urgencias, hospitalización, entre otras. Estos pueden considerarse innecesarias porque para eso se creó la Norma Oficial relativa al Expediente Clínico y las guías de práctica clínica nacionales e internacionales. Como describe Courtis, en su estudio sobre el derecho a la protección de la salud mental y la regulación de la prestación de servicios de salud mental en México, 2003, “la normativa mexicana acuerda excesiva deferencia a las decisiones médicas que en temas conflictivos, en los que puede existir afectación de derechos del usuario”, y además, “se echa en falta una clara orientación desinstitucionalizadora, y un impulso por desarrollar servicios de salud mental comunitarios”. Es decir, tanto el título como gran parte de su contenido hace hincapié en la atención integral en hospital psiquiátrico. En el apartado sobre derechos humanos del paciente, si consideramos 16 principios básicos (respeto a la dignidad e integridad; protección de la salud; atención médica especializada y tratamiento individualizado; habilitación y rehabilitación; atención lo más cerca de su comunidad; confidencialidad; consentimiento informado; revisión de caso clínico; no discriminación; acceso a información y comunicación; protección contra tortura, tratos crueles e inhumanos; ambiente seguro, vestido y alimentación adecuados; privacidad e intimidad; trabajo y protección contra trabajo forzado y explotación; acceso a la educación; vida cultural, recreo, esparcimiento y deporte; libertad religiosa; planeación y organización participativa de políticas y servicios), algunos no son establecidos como privacidad e intimidad, atención lo más cercano a la comunidad, otros son confusos en su redacción o están fragmentados en diversos preceptos o en otros apartados, como el caso de consentimiento informado. Es necesario mejorar la redacción de los mismos. En este apartado, también destaca que se establece la prohibición del aislamiento, aun cuando existe un “El principio de la alternativa menos restrictiva”. Si bien existen algunos derechos humanos que no admiten restricciones bajo ninguna circunstancia, como la prohibición de la esclavitud y de la tortura, y la libertad de pensamiento, conciencia y religión. También son conocidas las denominadas cláusulas de limitación y suspensión de derechos, que reconocen la necesidad de restringir los derechos humanos en ciertas circunstancias, y, en el campo de la salud mental, existen cuadros clínicos que hacen necesaria la aplicación de estas restricciones o limitaciones, como está previsto en el numeral 11.11. de los principios para la protección de los enfermos mentales y en los Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (conocida como Principios de Siracusa), siempre y cuando se cumplan cada uno de los cinco criterios establecen los criterios y tales restricciones sean limitadas en el tiempo y estén sujetas a revisión.	
--	--	--

El proyecto de norma no establece los derechos de los familiares de pacientes como participar en el plan terapéutico; a apelar sobre las decisiones de ingreso y tratamiento involuntarios; al solicitar el egreso en conflicto penal; o al desarrollo de políticas, programas y servicios.

Por otra parte, el proyecto de norma no presenta una clara integración de los servicios de salud mental dentro de los servicios generales de salud según las diferentes instancias de atención y complejidad tecnológica, además de que no contempla la vinculación de los trastornos mentales con las adicciones. No especifica aspectos de acceso a la salud mental, tales como la provisión de fondos para asegurar el financiamiento de los servicios de salud mental, a pesar de que están autorizadas las intervenciones prioritarias de salud mental en el sistema de protección social en salud y en la seguridad social. En su lugar, en el inciso 5.2. señala la orientación hacia la gratuidad de estos servicios. Tampoco se promueven el acceso a medicamentos ni a la atención comunitaria y la desinstitutionalización de pacientes que viven en los hospitales psiquiátricos, cuyo número en México es cerca de las dos mil personas.

No especifica claramente los aspectos de capacidad, discernimiento y curatela, ni establece los procedimientos y criterios para determinarlos o en su defecto, hacer referencia a las disposiciones civiles o penales correspondientes. El discernimiento constituye el parámetro para determinar capacidad o incapacidad para la toma de decisiones (autodeterminación), previsto en el derecho civil mexicano y por el numeral 1.6. para la protección de los enfermos mentales. En este sentido, tampoco especifica el denominado “paciente que no protesta”, cuando carece del discernimiento necesario ni en qué condiciones puede admitirse a un paciente en esta circunstancia. Por ejemplo, un paciente que haya sido admitido voluntariamente, pero que no comprende el hecho ni el propósito del ingreso; o simplemente cuando un paciente consiente el tratamiento solo porque se siente intimidado o porque no se da cuenta de su derecho al negarse.

No se delimitan claramente los procedimientos y criterios para el ingreso y tratamientos voluntarios como alternativas preferentes, así como los relativos al ingreso y tratamiento involuntarios, el tratamiento involuntario en la comunidad, y a las situaciones de emergencia cuando existe una alta probabilidad de daño o peligro inmediatos e inminentes para la propia persona y/o para terceros. Aspectos previstos en los principios numerales 9.1., 11.1., 15.1., 16.1., y 16.3 para la protección de los enfermos mentales.

No se establece un apartado exclusivo para regular los tratamientos especiales, como la prohibición de la esterilización y el aborto como tratamientos de los trastornos mentales; la exigencia del consentimiento informado para cualquier procedimiento médico o quirúrgico de importancia en personas con trastornos mentales; el establecimiento de un órgano de revisión independiente o un curador; la prohibición de la psicocirugía y otros tratamientos irreversibles para los pacientes involuntarios; el requerimiento del consentimiento para la aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC), además de la obligación de aplicar un protocolo específico para su uso, además de la prohibición de TEC modificada en general y su prohibición absoluta en la aplicación a menores de edad. El proyecto prohíbe el aislamiento, pero más que eso debe desincentivar este tipo de procedimientos y limitarlo solo para casos excepcionales, con fines de impedir un daño inmediato o inminente para la propia persona o para terceros, siempre bajo un protocolo específico. Aspectos debidamente previstos en los principios numerales 11.12., 11.13., y 11.14. para la protección de los enfermos mentales.

	Merece un apartado especial lo relativo a la investigación clínica y experimental, en complemento a lo dispuesto en la Ley General de Salud y el Reglamento correspondiente, a fin de que preferentemente esta sea realizada con personas que están en condiciones de prestar su consentimiento, y que sólo pueda realizarse sin consentimiento cuando la investigación sea necesaria para promover la salud de la persona y de la población clínicamente representada, de acuerdo a lo previsto en la Pauta número 15 para la investigación en que participen Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado, y en el principio 11.15. para la protección de los enfermos mentales. Lo relativo a la protección de grupos vulnerables, tales como menores de edad, mujeres, ancianos, grupos étnicos, u otras minorías, merece un apartado especial en el proyecto de norma, y no como someramente son considerados en otros apartados. Se dificulta determinar los estándares en cuanto a preferencia en tratamientos comunitarios, el tipo y condiciones del alojamiento hospitalario, el consentimiento informado, la prohibición de tratamientos irreversibles, etc. Debe incluirse un apartado especial sobre las responsabilidades de la policía, para que las personas con trastornos mentales estén protegidas contra el arresto o la detención ilegales, y que sean dirigidas a los servicios adecuados de atención en salud; asimismo, especificar los procedimientos cuando las personas con trastornos mentales sean sujetos de procesos penales. También, merece un apartado especial lo relativo a la discriminación, para establecer las medidas destinadas a erradicarla. El proyecto de norma, no contempla un apartado especial sobre los mecanismos de supervisión y revisión, ya sea un órgano judicial o cuasijudicial independiente para revisar los procedimientos relacionados con el ingreso y el tratamiento involuntarios y con otras restricciones de derechos. En este caso, el Comité Ciudadano citado en el proyecto, determina que serán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios, y conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental. Sin embargo, no especifica la legislación civil aplicable, ni cumple con este tipo de órganos al no incluir la participación de un profesional del derecho y un profesional médico con experiencia, aunque solo contempla representantes de los pacientes (que ya tienen el derecho por apelar el caso particular), y con esto, quedaría sin representación el punto de vista de la "sociedad o comunidad" en general. Este tipo de comité debe ser independiente para evitar el conflicto de intereses entre los derechos prescriptivo (decisión médica) y el derecho terapéutico (autodeterminación del paciente); por ello, es recomendable que sea un órgano tercero en discordia, que garantice profesional y objetivamente las acciones de supervisión y revisión. Además, que debe tener la personalidad jurídica para llevar a cabo procedimientos de apelación ante un tribunal superior. Por otra parte, debe considerarse un apartado sobre el procedimiento de quejas. Finalmente, el proyecto debe considerar aspectos que promuevan los derechos de los pacientes para la vivienda, la educación, el empleo o trabajo, y la seguridad social, con la participación de esos sectores.	
--	--	--

76	TÍTULO PROYECTO NOM-025-2012 PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PRY-NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (sic) COMENTARIOS NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2012, para la atención integral de las personas con trastornos mentales y del comportamiento; o, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2012, para la atención integral de la salud mental. El título se debe modificar para no centrarlo nuevamente en la atención hospitalaria sino en el nuevo paradigma de la atención comunitaria de la salud mental, de forma incluyente a las diversas modalidades de atención en salud mental y de la salud en general.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMZ-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la propuesta abarca otros niveles de atención. La norma está prevista para la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las referencias a otros programas son soporte para la atención integral médico-psiquiátrica. La norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos.
77	TÍTULO PROYECTO NOM-025-2012 PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. COMENTARIOS Se deben incluir los estándares técnicos internacionales tales como la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá que son fundamentales para la reforma de la atención en salud mental, y representan las principales directrices para la definición de políticas, programas y servicios basados en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y con un enfoque comunitario, vinculando a la familia y a la sociedad.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMZ-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque se decidió no adoptar totalmente, ninguna norma internacional para evitar sesgos en el desarrollo de la norma, además de que los instrumentos que proponen incluir ya se encuentran previstos en los Considerandos o en el Capítulo de Bibliografía, de esta norma.
78	PROYECTO NOM-025-2012 PREFACIO En la elaboración de este Proyecto participaron las siguientes Instituciones: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Consejo Nacional de Salud Mental Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedades Mentales I.A.P. Comité Ciudadano del Hospital Psiquiátrico José Sáyo I.A.P. Fundación dignidad I.A.P. Comité Ciudadano del Hospital Samuel Ramírez Moreno I.A.P. COMENTARIOS Dada la naturaleza de esta norma, se considera importante la participación en la elaboración de este proyecto de más miembros que integran el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades; y de otras instituciones públicas vinculadas como el Instituto Nacional de Psiquiatría, los Servicios de Atención Psiquiátrica, el Consejo Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad y la Comisión Nacional de Bioética, además, de otras organizaciones de la sociedad civil de representatividad tal como VozPro Salud Mental, Federación.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: PREFACIO En la elaboración de esta norma participaron: SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Servicios de Atención Psiquiátrica. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. SECRETARÍA DE MARINA. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. COMITÉ EJECUTIVO SECCIONAL NÚMERO 91 DEL COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN REPRESENTACIÓN DE LA BASE TRABAJADORA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO".

		FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES I.A.P. COMITÉ CIUDADANO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JOSÉ SÁYAGO I.A.P. FUNDACIÓN DIGNIDAD I.A.P. COMITÉ CIUDADANO DEL HOSPITAL SAMUEL RAMÍREZ MORENO I.A.P. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C. COLEGIO NACIONAL DE PSIQUIÁTRAS, A.C. ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, "VOZ PRO SALUD MENTAL".
79	PROYECTO NOM-025-2012 INDICE - Introducción. - Objetivo. - Campo de aplicación. - Referencias. - Definiciones y abreviaturas. - Disposiciones generales. - Actividades preventivas. - Actividades terapéuticas. - Actividades de rehabilitación psicosocial. - Derechos humanos y respeto a la dignidad de las y los usuarios. - Obligaciones del personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. - Enseñanza, capacitación e investigación científica. - Concordancia con normas internacionales y mexicanas. - Bibliografía. - Observancia. - Vigencia. Apéndice Informativo A. COMENTARIOS En su caso, se deberá ajustar a la modificación de esta norma.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: INDICE - Introducción. - Objetivo. - Campo de aplicación. - Referencias. - Definiciones y abreviaturas. - Disposiciones generales. - Actividades preventivas. - Actividades terapéuticas. - Actividades de rehabilitación psicosocial. - Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los y las usuarias. - Obligaciones del personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. - Enseñanza, capacitación e investigación científica. - Concordancia con normas internacionales y mexicanas. - Bibliografía. - Vigilancia. - Vigencia. Apéndice A Informativo.
80	0. Introducción PROYECTO NOM-025-2012 Los esquemas de atención en salud mental para las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, y de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de dichos padecimientos, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención. Una característica fundamental de este cambio, es la necesidad de la reinserción social de la persona que vive afectada por algún trastorno mental o del comportamiento al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la norma ya considera todo un apartado de derechos humanos, la política pública en materia de salud mental, si considera transitar de un paradigma centrado en hospital psiquiátrico de tipo asilar hacia el modelo de atención comunitaria sin embargo; en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que

	tratamiento a través de la promoción de programas comunitarios como los descritos en el Programa Nacional de Salud Mental Modelo Miguel Hidalgo: hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud que permita superar los rezagos aún prevalecientes. COMENTARIOS En esencia la introducción presenta los mismos argumentos de la anterior, a pesar de haber un lapso de 17 años entre ambos instrumentos. Se debe incluir aspectos que den contexto a la problemática de la salud mental, tales como: - La protección de la salud mental como un derecho humano fundamental. - La salud mental como materia prioritaria de Salubridad General. - La referencia a los estándares internacionales en materia de salud mental y derechos humanos. - La carga de la enfermedad por discapacidad. La brecha en la atención de las personas con trastornos mentales y ampliar el acceso a los servicios. - El transitar de un paradigma centrado en hospital psiquiátrico de tipo asilar hacia otro paradigma de atención comunitaria de la salud mental. - Las intervenciones de salud mental prioritarias del Catálogo Universal de Servicios de Salud, CNPSS.	garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos. Adicionalmente, otros de los temas sugeridos tales como: las prioridades en materia de Salubridad General, la enfermedad por discapacidad, la brecha en la atención de las personas con trastornos mentales y ampliar el acceso a los servicios y el transitar de un paradigma centrado en hospital psiquiátrico de tipo asilar hacia otro paradigma de atención comunitaria de la salud mental no corresponden propiamente al tema de la de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica más bien, obedecen a cuestiones de índole presupuestaria o a políticas públicas en materia de salud mental previstas en el Programa de Acción Específica de Salud Mental, por lo que resulta innecesaria su inclusión.
81	1. Objetivo PROYECTO NOM-025-2012 Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios. COMENTARIOS OBJETIVO El objetivo de esta norma es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario, y su vinculación con los servicios sociales complementario. COMENTARIO: Igual que el título de la norma, el objetivo se centra en la atención "hospitalaria". Se debe modificar el objetivo para dar énfasis en la atención comunitaria y en los derechos humanos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la norma, está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a atención integral y derechos humanos por prioridad.

82	2. Campo de aplicación PROYECTO NOM-025-2012 Esta norma es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud en los que se presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento. COMENTARIOS CAMPO DE APLICACIÓN Las disposiciones de esta Norma son de observancia obligatoria para todas las organizaciones e instituciones de los sectores público, social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud y que ofrecen servicios de salud mental. COMENTARIO: Se debe excluir el término hospitalario, porque la atención integral incluye establecimientos de atención primaria de la salud, hospitales generales, hospitales psiquiátricos, y otras instancias no médicas.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque la norma, está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos.
83	3. Referencias PROYECTO NOM-025-2012 Para la correcta aplicación de la presente norma es necesario consultar las siguientes normas o las que las sustituyan: 3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. 3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. 3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. 3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. 3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. 3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. 3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 3. Referencias Para la correcta aplicación de la presente norma, es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas o las que las sustituyan: 3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. 3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. 3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. 3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en Salud. 3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. 3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

	3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. 3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de las residencias médicas 3.13 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. 3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. 3.15 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 3.16 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 3.17 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. COMENTARIOS En referencias solo cita normas oficiales mexicanas, aunque no fueron sustento para el propio proyecto. Las normas de los incisos 3.10 y 3.17 son la misma; se sugiere además incluir la Norma Oficial Mexicana NOM-0117-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.	3.13 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. 3.15 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. 3.16 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
84	4. Definiciones y abreviaturas PROYECTO NOM-025-2012 Para efectos de esta norma, se establecen las siguientes definiciones y abreviaturas: 4.1 Definiciones: 4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad. 4.1.2 Asambleas de usuarios y usuarias de Servicios de Salud Mental: Son reuniones grupales que sostienen las y los usuarios de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para emitir opiniones libremente sobre la atención recibida, así como las necesidades de grupo y personales coordinadas, en su caso, por el Comité Ciudadano de Apoyo. 4.1.3 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las terapéuticas y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque, las definiciones son transversales a la norma y clarifican su objetivo.

4.1.4 Atención Psicológica: Es la atención especializada brindada por un psicólogo clínico que trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento y problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos dependiendo de la severidad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, si es de primer nivel donde se hacen detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; las unidades de segundo nivel atienden casos de forma ambulatoria, el tercer nivel atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial. 4.1.5 Banco de Reforzadores o Tienda Básica de Abasto: Es la herramienta de rehabilitación psicosocial que promueve el desarrollo de habilidades tales como la autonomía y la toma de decisiones; las y los usuarios pueden utilizar el dinero que generaron en los talleres protegidos y comprar productos a precio de costo tanto dentro de las unidades de hospitalización o de larga estancia, como en las Villas de Transición Hospitalaria. 4.1.6 Casas de Medio Camino: Espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas, en las que las y los usuarios tienen libre acceso. No pertenecen ni forman parte de la estructura de atención médica y cuentan con la figura de acompañante terapéutico. El tiempo de estancia de las y los usuarios en estos espacios no tiene una vigencia definida, se realizarán acuerdos con ellos, según su evolución. A través de las casas de medio camino se favorece la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico, apoyando al usuario con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos. 4.1.7 Centro de Día: Espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por enfermeros psiquiátricos, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada usuario. Los periodos de permanencia de las y los usuarios pueden variar dependiendo de cada caso. 4.1.8 Centros Integrales de Salud Mental y Centros Comunitarios de Salud Mental: Centros de atención primaria ambulatoria que cuentan con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier trastorno mental, o en su caso, para referencia de las y los usuarios, así como para realizar actividades de prevención y promoción de la salud mental. 4.1.9 Comorbilidad: Se refiere a la ocurrencia de más de una patología en la misma persona. 4.1.10 Departamentos Independientes: Espacios dentro de la comunidad para ser habitados por las y los usuarios de manera voluntaria e independiente, sin que existan esquemas de supervisión. Estos espacios favorecen la continuidad del tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. El ingreso a los Departamentos Independientes se puede realizar a través de referencia ya sea del servicio de psiquiatría, del hospital, de la villa de transición hospitalaria o de las casas de medio camino, siendo éste de carácter voluntario.	
--	--

4.1.11 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: Proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento. 4.1.12 Educación para la Salud Mental: Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente. 4.1.13 Evaluación Clínica Psicológica: Valoración integral para la o el usuario y sus familiares, a efecto de establecer el diagnóstico, el plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación. 4.1.14 Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Servicios básicos auxiliares de diagnóstico que coadyuven en el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Se consideran como exámenes de laboratorio básicos a la biometría hemática, la química sanguínea, el examen general de orina, el perfil tiroideo básico y amplio y la detección de drogas en orina. 4.1.15 Exámenes o Estudios Complementarios: Estudios clínicos y paraclínicos adicionales que podrán ser solicitados para confirmar diagnósticos médicos y/o modificar tratamientos dependiendo del caso. Son ejemplos de éstos el electroencefalograma, el mapeo cerebral, la tomografía axial computarizada de cráneo, la resonancia magnética de cráneo, etc. Cuando exista sospecha clínica de embarazo, infecciones de transmisión sexual, SIDA, violencia familiar, o situaciones relativas a peri o post menopausia se seguirán los criterios señalados en las normas oficiales mexicanas que resulten aplicables. 4.1.16 Extrema Urgencia Psiquiátrica: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; incluye: Intento de suicidio (autolesiones intencionadas, como envenenamiento o daño autoinfligido X60-X80 del CIE-10), ideación suicida, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones. 4.1.17 Hospital de Día: Es una de las modalidades del Hospital Parcial y consiste en diferentes tratamientos articulados como: atención psiquiátrica, control de medicación, atención psicológica individual, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales, bajo la forma de jornada completa o media jornada, que posibilita la elaboración de estrategias de tratamiento, para el seguimiento intensivo de cada usuario, acorde a la complejidad de su patología. 4.1.18 Hospitalización Parcial: Instancia intermedia de tratamiento entre la hospitalización psiquiátrica y la atención ambulatoria. Proporciona servicios terapéuticos médico-psiquiátricos e interdisciplinarios, a los cuales las y los usuarios acuden de forma ambulatoria de acuerdo con el plan terapéutico, existen diferentes modalidades: día, tarde y noche, y entre semana o fin de semana. 4.1.19 Hospital Psiquiátrico: Unidad especializada de base hospitalaria que brinda atención a usuarios ingresados y cuenta con servicios residenciales prolongados a personas con trastornos mentales y del comportamiento; puede ofrecer consulta externa a usuarios en seguimiento, quienes no requieran de hospitalización.	
--	--

4.1.20 Interconsulta: Incluye procedimientos para establecer lo siguiente: la urgencia de la atención; revisar la historia clínica e información disponible; consignar un tratamiento a corto plazo; establecer contacto con el médico responsable en particular en el caso de las y los usuarios de los servicios de salud mental; informar a la o el usuario, y hacer un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente. 4.1.21 Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo: Eje rector de las políticas públicas en materia de Salud Mental en México, el cual promueve la creación de estructuras de prevención, hospitalización y reintegración social de las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento con el objetivo de brindarles una atención digna, oportuna, de calidad, equidad y de respeto a los derechos humanos de usuarios y usuarias. 4.1.22 Promoción de la Salud Mental: Estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, principalmente las autoridades sanitarias, sociales y de prestación de servicios de salud; el objetivo principal es el de sensibilizar a la población en general, respecto de los trastornos mentales y del comportamiento, su tratamiento y las instituciones que ofrecen estos servicios. 4.1.23 Psicoterapia: Intervención que realiza un profesional de la salud mental especializado (psicólogo o psiquiatra) el uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuven en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o del pensamiento. Dependiendo de la severidad y las necesidades del usuario, la psicoterapia puede ser individual o familiar, o combinarse con farmacoterapia según sea el caso. 4.1.24 Reforzador: Cualquier estímulo situacional que aumenta la probabilidad de que una conducta positiva se repita en un futuro. 4.1.25 Rehabilitación Psicosocial: Conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de los individuos, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de un trastorno mental y del comportamiento en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en la o el usuario el aprendizaje o el re-aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas en la vida socio-cultural. Para la rehabilitación psicosocial de las personas usuarias, las unidades podrán apoyarse en estructuras extra-hospitalarias con enfoque comunitario como: los talleres protegidos, las casas de medio camino, las residencias comunitarias, o cualesquiera otras que sean útiles para estos propósitos y que, para lograrlo, no recurran a la aplicación de tratamientos que vayan en contra de los derechos humanos. 4.1.26 Residencias Comunitarias: Dispositivo de puertas abiertas localizados dentro de la comunidad, que da respuesta a las necesidades de alojamiento, albergue y soporte residencial para las personas que padecen una enfermedad mental. Las y los usuarios tienen libre acceso. El objetivo de dichos establecimientos es la rehabilitación psicosocial y la reinserción en la comunidad. En ellas las y los usuarios viven totalmente independientes, de manera voluntaria. Cuentan con esquemas de supervisión eventual y favorecen la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico a través del apoyo en consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico y tratamiento y con medicamentos.	
--	--

4.1.27 Salud Mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. 4.1.28 Talleres Protegidos: Espacios en donde las personas con algún trastorno mental y del comportamiento llevan a cabo actividades de tipo laboral dentro de un ambiente terapéutico y controlado, aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación. Estos establecimientos tienen como característica que el ingreso a estos espacios es a petición de la persona que padece un trastorno mental y del comportamiento no se hará a través de intermediarios/as, familiares, autoridades de las instituciones de salud, etc., solamente a petición de la persona interesada. La finalidad de estos talleres es facilitar la reinserción social mediante la rehabilitación psicosocial. Estos talleres no tendrán ningún costo para las y los usuarios de los talleres. 4.1.29 Trastorno Mental y del comportamiento: Conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociados la mayoría de los casos con el malestar y la interferencia con el funcionamiento personal. Sus manifestaciones suelen ser comportamentales, psicológicas o biológicas. 4.1.30 Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: Establecimientos públicos, sociales y privados que prestan servicios de atención médica especializada a personas que padecen un trastorno mental. 4.1.31 Unidad de Psiquiatría en Hospital General: Área de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estancia. 4.1.32 Usuario (a): Toda persona que padece un trastorno mental y del comportamiento, que emplea los servicios de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 4.1.33 Villas de Transición Hospitalaria: Areas de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde las y los usuarios reciben atención integral médico-psiquiátrica las veinticuatro horas del día. Cuentan con área de talleres de rehabilitación, banco de reforzadores, salón de usos múltiples para las y/o los usuarios, unidades de atención médica de cuidados especiales, oficinas administrativas, áreas de urgencias y consulta externa. COMENTARIOS Las definiciones son necesarias para aclarar el significado de los términos citados en la norma, sin embargo, se incluyen definiciones cuyos términos no están en el cuerpo de la norma, tales como: - Acompañante terapéutico. - Asamblea de usuarios y usuarias de servicios de salud mental. - Centro de día. - Hospital de día. - Hospital psiquiátrico. - Programa Nacional de Salud Mental modelo Miguel Hidalgo. - Psicoterapia. - Reforzador. - Residencias comunitarias. - Unidad de psiquiatría de hospital general. - Villas de transición hospitalaria.	
---	--

	Se debe considerar regular estos dispositivos en el contenido del proyecto de norma, que en su mayoría son necesarios, y no solo con carácter enunciativo como están, que no orientan ni obligan la operación de tales dispositivos. En extrema urgencia se debe incluir además la situación en la que otras personas están en riesgo debido al trastorno o la conducta del paciente. En interconsulta describe funciones de la misma, pero no se define como sería “consiste en la comunicación entre 2 profesionales con diferentes áreas de experiencia, en la que el médico tratante solicita la orientación de otro especialista en la evaluación y manejo de un problema específico del paciente”. En talleres como sitio de trabajo especial, en el cual el paciente debe recibir una beca o un sueldo, resulta innecesario o se puede mal interpretar que no es obligación darles un pago al señalar que “no tendrán ningún costo”. En trastorno mental y del comportamiento, según la CIE-10, debería definirse como la “condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”.	
85	4.2 Abreviaturas: PROYECTO NOM-025-2012 4.2.1 CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 4.2.2 UNEME: Unidad de Especialidad Médica. 4.2.3 CISAME: Centro Integral de Salud Mental. COMENTARIOS En abreviaturas se debe incluir la Clasificación internacional de Funcionalidad.	Con fundamento en el 3o., fracción XV-A. artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 7, de la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente, el comentario. No se acepta incluir las abreviaturas UNEME y CISAME, toda vez que no se advierte su utilización en el cuerpo de la versión definitiva de la norma por lo que, se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.2 Abreviaturas: 4.2.1 CIE 10: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud vigente.
86	5. Disposiciones generales PROYECTO NOM-025-2012 5.1 Son actividades inherentes al personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica las siguientes: 5.1.1 De diagnóstico. 5.1.2 De promoción de la Salud. 5.1.3 Preventivas. 5.1.4 Terapéuticas. 5.1.5 De rehabilitación. 5.1.6 De enseñanza y capacitación. 5.1.7 De investigación científica. 5.2 Los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben ofrecer atención médica, psiquiátrica y psicológica de calidad a las y los usuarios que requieren de estos servicios en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica del sector público, privado y social. Las instituciones públicas que presten este tipo de servicios, podrán promover conforme a su ámbito de competencia y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables, programas orientados a la gratuidad en la prestación de estos servicios.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, en razón de que la norma: A. Prevé la atención integral. B. La gratuidad es una necesidad para que la gente se atienda en el tema de salud mental. En este sentido, la norma establece la promoción de la gratuidad, siempre acorde con las disposiciones aplicables. No la establece como tal. C. La norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos. D. Se consideran las actividades mínimas necesarias para el funcionamiento de las unidades de atención psiquiátrica. E. En lo relativo al consentimiento informado, se considera lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

5.3 Los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos: 5.3.1 Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones. 5.3.2 Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que cada unidad disponga con la finalidad de cumplir cabalmente con las funciones de su competencia de acuerdo con las disposiciones aplicables. 5.3.3 Procedimientos para que en la unidad prevalezca un desempeño técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica de calidad y calidez, tomando como objetivo y único fin, ayudar las y/o los usuarios con trastorno mental y del comportamiento y respetando los derechos humanos dentro de un ambiente cordial. 5.3.4 Cursos de capacitación o en su caso de sensibilización a todo el personal que colabora al interior de unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y asegurar que el personal tenga la preparación necesaria y reciba una educación continua. Dicha capacitación y acciones de sensibilización incluirán aspectos relacionados con el contenido de esta norma. 5.3.5 Actividades de difusión a las y los usuarios, así como sus familiares del contenido de la presente norma. 5.3.6 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa. 5.3.7 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de hospitalización psiquiátrica 5.3.8 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial. 5.3.9 Recursos humanos, materiales y económicos para la atención médica en casos de comorbilidad y realizar la referencia oportuna al nivel de atención requerido dentro o fuera de la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 5.3.10 Programa General de Trabajo, el cual deberá contemplar las siguientes áreas: 5.3.10.1 Área Médica: las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial, y g) referencias y contrarreferencias a servicios como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar. 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos; f) alta de usuarios (as), y g) actividades deportivas, sociales y culturales. 5.3.10.3 Área de Rehabilitación Psicosocial: a) talleres protegidos; b) banco de reforzadores; c) apoyo a actividades de la vida diaria; d) paseos terapéuticos individuales y grupales, y e) terapia ocupacional. 5.3.10.4 Área de Enfermería: a) cuidado integral con base a las necesidades de bienestar o conservación de la vida y necesidades de curación; b) apoyo en actividades de la vida diaria; c) manejo de urgencias; d) admisión hospitalaria; e) manejo de seguridad del usuario, y f) rehabilitación psicosocial.	F. Los elementos estructurales, de procesos y de resultados para la calidad y seguridad de los servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y las provisiones relativas al alcance del consentimiento informado, hechas valer por el promovente se encuentran previstas en el Capítulo 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias. G. Se considera positiva la participación de organismos de derechos humanos.
--	---

5.3.10.5 Área de Trabajo Social: a) admisión hospitalaria; b) estudios socioeconómicos; c) visitas domiciliarias; d) contacto familiar; e) gestiones de referencia a otros servicios médicos; f) reporte en expediente clínico, y g) rehabilitación psicosocial.

5.3.10.6 Área de Enseñanza y Capacitación: a) detección; b) promoción; c) prevención; d) atención; e) actualización y evaluación, y f) capacitación sobre derechos humanos y rehabilitación psicosocial.

5.3.11 Reglamento Interno.

5.3.12 Manuales técnicos-administrativos. Que incluyan procedimientos y organización.

5.4 Las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberán contar con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a las y/o los usuarios, de acuerdo a lo siguiente, según sea el caso y considerando sus características:

5.4.1 Con episodio agudo.

5.4.2 De larga evolución.

5.4.3 Con espacios plenamente identificados y separados para la atención de hombres, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

5.4.4 Con espacios plenamente identificados y separados para la atención de mujeres, niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores.

5.5 Con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos humanos de los usuarios en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, los responsables de las unidades en lo que se presten éstos, podrán promover la creación de los siguientes cuerpos:

5.5.1 Asamblea de Usuarios de cada unidad, organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las y los usuarios y sus familiares.

5.5.2 Comités Ciudadanos de Apoyo que participen, los cuales pueden ser formados de conformidad con el Apéndice Informativo A.

5.6 El consentimiento informado de las y los usuarios de algún familiar, tutor o representante legal, es la base para el ingreso a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, dicho ingreso podrá ser:

5.6.1 Ingreso Voluntario. Se requiere la solicitud firmada de la o el usuario, y la indicación del profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). Se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la revisión integral de un comité multidisciplinario de internamiento, que incluya un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.

La decisión del internamiento involuntario será tomada por la máxima autoridad presente en la unidad médica al momento que acuda la o el usuario. 5.6.3 El egreso de la o el usuario del servicio de hospitalización se realizará por los siguientes motivos: 5.6.3.1 Estabilización del cuadro clínico o curación. 5.6.3.2 Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización. 5.6.3.3 Mejoría. 5.6.3.4 Traslado a otras instituciones. 5.6.3.5 A solicitud de la o el usuario, con excepción de los casos de ingreso involuntario. 5.6.3.6 A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento de la o el usuario. 5.6.3.7 Defunción. 5.7 Las unidades que prestan servicio de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deberán mantener un programa de atención que considere los siguientes aspectos: 5.7.1 El tratamiento que se utilizará será de enfoque psicosocial y estará de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos válidos y vigentes conforme a los estándares internacionales y con pleno respeto a los derechos humanos. 5.7.2 El uso de tratamiento farmacológico debe ser administrado por necesidades de salud y a partir de un diagnóstico, sólo con fines terapéuticos y nunca como un castigo o para la conveniencia de terceros que no sean las y/o los usuarios. Todo uso de medicamento debe ser reportado en el expediente clínico. 5.7.3 La estricta confidencialidad en el expediente clínico así como el manejo del diagnóstico e información de la o el usuario. 5.7.4 Un ambiente y acciones que promuevan la participación activa de la o el usuario en su tratamiento. 5.7.5 Talleres de actividades recreativas, deportivas y de inducción laboral; así como el acceso a medios de comunicación electrónicos. 5.7.6 La relación del personal con las y los usuarios basada en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos. 5.7.7 El personal que labora en las unidades para la atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, tiene la obligación de vigilar y proteger la integridad física y mental de las y los usuarios. 5.7.8 Proporcionar un mecanismo de atención, seguimiento y resolución de quejas y sugerencias para las y los usuarios y familiares que garantice que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones. 5.7.9 El mecanismo de quejas y sugerencias debe garantizar una atención eficaz, promoviendo la participación de organismos de derechos humanos. 5.7.10 Promover la integración de los siguientes comités hospitalarios, en congruencia con las actividades y funciones que la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica desempeña y en apego a las disposiciones aplicables:	
---	--

5.7.10.1 Ética y vigilancia. 5.7.10.2 Investigación. 5.7.10.3 Auditoría médica. 5.7.10.4 Calidad y seguridad de las y los usuarios. 5.7.10.5 Mortalidad. 5.7.10.6 Infecciones intrahospitalarias. 5.7.10.7 Protección civil. 5.7.10.8 Garantía de calidad de la atención. 5.7.10.9 Multidisciplinario de internamiento. 5.7.10.10 Derechos humanos. 5.7.10.11 Rehabilitación psicosocial. 5.7.10.12 Ciudadano de apoyo. 5.7.10.13 Los demás comités que la autoridad sanitaria disponga. COMENTARIOS En disposiciones generales se retoma gran parte de lo señalado en la NOM-o25-55*2-1994, que describe las etapas del proceso de atención médica que no son diferentes del resto de las especialidades médicas (inciso 5.1.); además, que presenta de forma no sistemática y confusa otros aspectos centrados en "atención integral hospitalaria" como: los servicios que se deben de ofrecer (inciso 5.2.), los recursos de los prestadores (5.3.), descripción de instalaciones (inciso 5.4.), calidad y seguridad como versus y únicos elementos de la calidad a la "Asamblea de usuarios y Comités ciudadanos" (inciso 5.5.), el consentimiento informado vinculado con los tipos de ingresos y egresos hospitalarios, sin especificar claramente las especificaciones de qué, quién, cómo y cuándo (inciso 5.6.), programa de atención que puede confundirse con el plan terapéutico, que vincula incorrectamente principios éticos como confidencialidad o mecanismos de control como quejas o comités hospitalarios que no tienen en su totalidad referente legal (inciso 5.7.). Se hace referencia a la gratuidad en la prestación de servicios, cuando en su lugar, se debe promover la seguridad social o la protección social en salud debido a que se trata de una población en situación de vulnerabilidad y el estado está obligado a brindar atención integral y continua mediante esquemas de aseguramiento. La gratuidad es caridad, la protección financiera es equidad. En este apartado se debe considerar aspectos generales como: el modelo de atención comunitario de salud mental, que incluya los requisitos de los establecimientos que pueden brindar atención; la forma de acceso a los servicios de psiquiatría y salud mental; y el funcionamiento dentro de la red de atención médica general. El proyecto elimina instalaciones de urgencias, pero en otros preceptos retoma el servicio de urgencias. El proyecto incluye las instalaciones de hospitalización. El proyecto incluye descripción de estructura de programa de trabajo. Que se considera innecesaria dicha inclusión, porque no se considera que deba ser parte normativa, sino programática. El proyecto especifica que deben ser identificados y separados los espacios según grupo etario.	
---	--

	El proyecto incluye como únicos elementos para la calidad y seguridad a la asamblea de usuarios y los comités de ciudadanos. La calidad requiere de elementos estructurales, de procesos y de resultados. Se requiere replantear. El proyecto incluye el consentimiento informado como preámbulo al tipo de ingresos. El consentimiento es uno de los derechos del paciente, que debe ubicarse en dicho apartado. Además, el consentimiento no es exclusivo de ingreso. En el proyecto se elimina el ingreso obligatorio o egreso que puede ser instruido por una autoridad judicial, además de eliminar la notificación de ingreso involuntario al Ministerio Público, dejando esta atribución solo a la máxima autoridad hospitalaria. En el proyecto se elimina los tipos de egreso por abandono o disposición de autoridad legal. En el proyecto se elimina los tipos de egreso por abandono o disposición de autoridad legal. El proyecto incluye criterios para el tratamiento farmacológico, con fin de proteger al paciente. El proyecto considera erróneamente a la confidencialidad como parte del programa de atención, cuando se trata de un derecho del paciente. Se debe cambiar al apartado correspondiente. No existen talleres de actividades recreativas ni deportivas, pero talleres para capacitación laboral o talleres protegidos. Se debe corregir redacción. El mecanismo de quejas y sugerencias es un instrumento de control institucional, independiente al mecanismo de quejas de organismos de DDHH. Se debe eliminar. En comités aunque señala en apego a las disposiciones aplicables, cita comités que no cuentan con un referente jurídico, por ello deberían de eliminarse los siguientes: Calidad y seguridad de las y los usuarios; Garantía de calidad de la atención, Multidisciplinario de internamiento, Derechos humanos, Rehabilitación psicosocial, Ciudadano de apoyo. En todo caso, debería de especificarse solo aquellos especiales para salud mental, además los que se indican en otras disposiciones sanitarias.	
87	PROYECTO NOM-025-2012 6. Actividades preventivas 6.1 Las actividades preventivas se llevarán a cabo en espacios intra y extramuros. 6.2 Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios: 6.2.1 Servicios de hospitalización continua y parcial, así como en servicios ambulatorios. 6.3 Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes: 6.3.1 Educación para la salud mental. 6.3.2 Promoción de la salud mental. 6.3.3 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad. 6.3.4 Detección y manejo oportuno de casos con intervención psicológica en terapia individual, de pareja, familiar y grupal, cuando la o el usuario está hospitalizado, así como en consulta externa al otorgarle alta de hospitalización. 6.3.5 Información y educación a las y los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación conjunta en el programa de tratamiento y el plan terapéutico y de rehabilitación.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque la norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México, más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garantizan la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos, sin perjuicios de las previsiones que se puedan contener en otros ordenamientos jurídicos. La consideración de los grupos de auto ayuda, queda comprendida en la mención de otros recursos terapéuticos, prevista en el punto 4.1.5, de la norma.

	COMENTARIOS De nueva cuenta se toma como eje al hospital psiquiátrico, además, que las actividades preventivas y de detección oportuna son materia de salubridad general, que ya están reguladas en la Ley General de Salud y en el Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Se debe eliminar porque no aporta ninguna particularidad para el caso de psiquiatría y salud mental, en los términos que está redactado. El proyecto elimina los grupos de autoayuda, que son indispensables en la reinserción.	
88	7. Actividades terapéuticas PROYECTO NOM-025-2012 7.1 Las actividades terapéuticas se llevarán a cabo en los siguientes servicios y quedarán registradas en el expediente clínico, atendiendo a las disposiciones de las normas oficiales mexicanas citadas en los numerales 3.5 y 3.13 de esta norma: 7.1.1 Consulta Externa, mediante evaluación multidisciplinaria, según los recursos con los que cuente la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 7.1.2 Urgencias. 7.1.3 Hospitalización continua. 7.1.4 Hospitalización parcial en las instituciones que la otorguen. 7.2 El proceso terapéutico en el servicio de Consulta Externa se llevará a cabo mediante las acciones siguientes: 7.2.1 Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente. 7.2.2 Apertura del expediente clínico. 7.2.3 Elaboración de la historia clínica. 7.2.4 Estudio psicológico. 7.2.5 Estudio psicosocial. 7.2.6 Exámenes de laboratorio y gabinete. 7.2.7 Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 7.2.8 Referencia en su caso, a hospitalización en la propia unidad o a otra unidad de salud, para su manejo, diagnóstico y tratamiento. 7.3 Las actividades terapéuticas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes: 7.3.1 Valoración clínica del caso. 7.3.2 Manejo del estado crítico. 7.3.3 Apertura del expediente clínico. 7.3.4 Elaboración de la nota clínica inicial. 7.3.5 Hospitalización. Realizar nota de ingreso a hospitalización (en caso procedente). 7.3.6 Nota de referencia a Consulta Externa u otro servicio ambulatorio dependiente de la Unidad. 7.3.7 Referencia en su caso, a otra unidad de salud para su manejo. 7.4 Las actividades terapéuticas en los servicios de hospitalización continua o parcial y el ingreso y egreso de las y los usuarios, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque la norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México, más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos, sin perjuicios de las previsiones que se puedan contener en otros ordenamientos jurídicos. Finalmente, no se acepta el comentario relativo a la temporalidad a que alude el promovente (diario y 15 días), porque tal consideración, no se encuentra prevista para el personal multidisciplinario que se menciona en la Norma, sino como parte de las actividades terapéuticas, además de que no se advierte, una propuesta específica de modificación a la norma.

7.4.1 Ingresos: 7.4.1.1 Examen clínico. 7.4.1.2 Elaboración de nota de ingreso. 7.4.1.3 Elaboración de historia clínica. 7.4.1.4 Realización de exámenes básicos de laboratorio y gabinete, así como exámenes complementarios. 7.4.1.5 Revisión del caso por el personal médico tratante y el equipo interdisciplinario que estará conformado, por personal de las áreas de psiquiatría, psicología, enfermería, rehabilitación y trabajo social. 7.4.1.6 Establecimiento de las impresiones diagnósticas probables, el pronóstico y el plan terapéutico con las acciones específicas de cada área, en un plazo no mayor de 48 horas. 7.4.1.7 El personal multidisciplinario deberá realizar una búsqueda intencionada de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que sufren violencia física, psicológica o sexual por parte de sus familiares y/o su comunidad, antes de ser ingresadas a las unidades médico psiquiátricas hospitalarias. Se seguirán los criterios señalados en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.10 de esta norma. 7.4.2 Visita Médica Diaria: 7.4.2.1 Valoración del estado clínico. 7.4.2.2 Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete. 7.4.2.3 Solicitud de íter consulta, en su caso. 7.4.2.4 Revisión del tratamiento, anotando las probables reacciones adversas que podrían o que se están presentando durante su aplicación. 7.4.2.5 Elaboración de la nota de evolución, al menos una vez al día. 7.4.3 Revaloración Clínica: 7.4.3.1. Nota de revisión clínica del caso por la/el Director Médico o Jefe(a) del Servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastorno agudo y cada quince días en casos de larga evolución o antes, según su juicio o a solicitud de la o el usuario o de sus familiares responsables, o a solicitud de alguno de los comités del Hospital. 7.4.3.2 Actualización de exámenes clínicos. 7.4.3.3 Elaboración de notas clínicas que indiquen la evolución y, en su caso, la necesidad de continuar hospitalizado, complementado con la referencia de la funcionalidad de la o el usuario y su posibilidad de rehabilitación psicosocial. 7.4.4 Interconsulta en la propia unidad u otras de apoyo que cuenten con la especialidad requerida: 7.4.4.1 Solicitud escrita que especifique el motivo. 7.4.4.2 Elaboración de la nota de interconsulta, conforme a lo dispuesto en la norma oficial mexicana citada en el numeral 3.13 de esta norma. 7.5 Egreso: 7.5.1 Valoración del estado clínico. 7.5.2 Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la CIE-10. 7.5.3 Enunciado del pronóstico y de los problemas clínicos pendientes de resolución.	
--	--

	7.5.4 Referencia a un plan terapéutico, en caso necesario. 7.5.5 Referencia en su caso, a programas terapéuticos de rehabilitación psicosocial. 7.5.6 Concertación de la cita de la o el usuario al servicio de consulta externa o de hospitalización o referencia del mismo a otra unidad de salud, si procede. 7.5.7 Elaboración de la nota clínica de egreso, conteniendo las especificaciones de plan terapéutico tanto para la o el usuario como para sus familiares y/o responsable legal. 7.6 Cualquiera que sea la causa del egreso de la o el usuario, éste tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de conformidad con las disposiciones jurídicas que resulten aplicables y atendiendo en todo momento a los principios científicos y éticos de la práctica médica, así mismo su familia recibirá la asesoría necesaria para su cuidado y atención. COMENTARIOS De nueva cuenta se toma como eje al hospital psiquiátrico, además, que las actividades terapéuticas son materia de salubridad general y están contenidas en la Ley General de Salud y en el Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. Por ello, se debe eliminar porque no aporta ninguna particularidad para el caso de psiquiatría y salud mental, en los términos que está redactado. El proyecto en varios preceptos incluye y hace énfasis en el personal multidisciplinario, y establece plazos mínimos en evolución (diario), casos de larga evolución (15 días).	
89	8. Actividades de rehabilitación psicosocial PROYECTO NOM-025-2012 Las actividades de rehabilitación psicosocial se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de las y los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo. En la esfera cognoscitiva, conductual, afectiva y psicomotriz, las cuales, de acuerdo a las características, funciones, nivel de atención y posibilidades de las unidades que correspondan, comprenderán: 8.1 Acciones intrahospitalarias: 8.1.1 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la rehabilitación física y psicosocial, así como la prevención y atención a las limitaciones en la movilidad en las y los usuarios. 8.1.2 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre las y los usuarios, así como con el personal de la institución, sus familiares, amistades y comunidad, para promover el proceso hacia su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales con la mayor frecuencia que sea posible. 8.1.3 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia. 8.1.4 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas que fortalezcan la rehabilitación psicosocial. 8.1.5 Participar en el diseño, promoción, ejecución, seguimiento de los talleres protegidos que favorezcan la incorporación de las y los usuarios a la vida productiva con la remuneración que corresponda.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque, la norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos.

	8.2 Acciones intermedias: 8.2.1 Comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen las áreas: cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física. 8.3 Acciones extra hospitalarias: 8.3.1 La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas para facilitar a las y los usuarios su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extra hospitalarios existentes. COMENTARIOS De nueva cuenta se toma como eje al hospital psiquiátrico, y retorna gran parte de la NOM anterior, siguiendo la misma división de actividades (intrahospitalarias, intermedias y extrahospitalarias). La atención comunitaria no significa que profesionales hospitalarios salgan a la comunidad sino que se cuente con distintos dispositivos de atención a la salud mental dentro de la comunidad como serían los establecimientos de la red general de salud (centros de salud, hospitales generales y otros). La participación del comité ciudadano de apoyo le un papel protagónico, mas como grupo de ayuda que como un órgano colegial. Se debe modificar este apartado debido a que no aporta mayor claridad a la NOM anterior.	
90	9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las y los usuarios PROYECTO NOM-025-2012 Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a: 9.1 Recibir un trato digno y humano por parte del personal de la unidades de atención integral médico-psiquiátrica independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona, de acuerdo a lo señalado por los ordenamientos nacionales e internacionales aplicables en nuestro país. 9.2 No ser objeto de discriminación por su condición mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental. 9.3 Que a su ingreso a la unidad, se le informe a la o el usuario, a la familia o a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento de la unidad, y se le dé a conocer el nombre del personal médico y de enfermería encargado de su atención. 9.4 Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro. 9.5 Tener alojamiento en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación artificial y natural, con clima artificial donde así lo requiera para lograr la temperatura ideal, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, toda vez que en todo el cuerpo de la norma ya se consideran los derechos de los pacientes y sus familias. El aislamiento al interior del hospital por causas de castigo a la conducta es considerado una práctica de tortura.

	9.6 Recibir alimentación balanceada, en buen estado y preparada en condiciones higiénicas, en cantidad y calidad suficiente que garanticen una adecuada nutrición, así como servida en utensilios limpios, completos y decorosos. 9.7 Recibir vestido y calzado de calle el cual tendrá que ser higiénico, completo y apropiado en cuanto a talla, edad y clima o, tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea. No portar uniforme hospitalario, con el objeto de ayudar a eliminar el estigma y favorecer la reinserción social. 9.8 Accesar a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario. 9.9 Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para las y los usuarios y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar. 9.10 Recibir atención médica especializada, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de las y los usuarios con trastornos mentales y del comportamiento. 9.11 Recibir atención multidisciplinaria de conformidad con las normas éticas pertinentes y en apego a las disposiciones internacionales aplicables en nuestro país en materia de derechos humanos. 9.12 Recibir medicación prescrita por un especialista que cumpla con el perfil profesional adecuado a las necesidades de las y los usuarios, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico. 9.13 Que la información, tanto la proporcionada por las y los usuarios o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad. 9.14 Ejercer su derecho a no otorgar su consentimiento informado, a negarse a participar o a suspender su participación como sujeto de investigación científica sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria. 9.15 Solicitar reuniones con el equipo de profesionales que lo estén tratando y si la o el usuario lo considera pertinente, hacerse acompañar de alguna persona de su confianza. 9.16 Solicitar la revisión clínica de su caso. 9.17 Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención. 9.18 Contar con un traductor(a) que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lenguas indígenas. 9.19 Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de rehabilitación psicosocial y, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de la retribución que corresponda, en términos de las disposiciones que resulten aplicables. 9.20 Ser protegido/a contra toda explotación, abuso o trato degradante y, en su caso, denunciar por sí, o a través de un/a familiar o su representante legal, cualquier abuso físico, sexual, psicológico, moral o económico que se cometa en su contra.	
--	---	--

9.21 Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los medios de comunicación electrónica, así como leer la prensa y otras publicaciones. 9.22 Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar. 9.23 Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias. 9.24 Recibir asistencia religiosa, si así lo desea. 9.25 Obtener autorización del personal médico tratante o del profesional autorizado y responsable para tal efecto, quienes pueden ser el Director del establecimiento, el Subdirector Médico o el Jefe del Area de Psicología, para salir de la unidad y relacionarse con su cónyuge, concubina, concubino, conviviente o pareja. 9.26 El aislamiento del usuario es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que queda prohibido el uso e instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. COMENTARIOS El proyecto de NOM incluye 7 derechos más respecto a la anterior, en los que destacan la prohibición del uso de uniformes, el contar con un traductor en casos de lenguas indígenas, y la prohibición del aislamiento. Pero en esencia retoma los mismos que ya estaban previstos. Pero por ejemplo, no considera algunos relativos a los derechos de los familiares de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, o los relativos a los grupos en situación de vulnerabilidad. Se debe revisar y especificar estos derechos en alineación a los estándares internacionales. En vestido es excelente quitar la obligación del uniforme como una forma de eliminar el estigma, pero eso no favorece la reinserción. En “accesar” es una mala traducción del inglés de “to access”, debería escribirse como Tener acceso. El proyecto incluye adecuadamente el derecho a contar con un traductor en caso de paciente indígena. No es posible la prohibición del aislamiento o cuarentena que puede ser necesaria medicamente, y constituye un ejemplo de limitación de los derechos que puede ser necesaria, en determinadas circunstancias, por el bien público y, por ende, se podría considerar legítima en virtud del derecho internacional relativo a los derechos humanos. Además, “El principio de la alternativa menos restrictiva” es un estándar internacional relativo a que todas las personas con trastornos mentales deberían recibir atención comunitaria excepto en circunstancias excepcionales, es decir, si existe riesgo de que el paciente provoque daños a otros o de autoagresión o si el tratamiento sólo puede ser administrado en una institución. Sin embargo, la legislación debe favorecer el ingreso voluntario y desalentar, mas no prohibir, las medidas de aislamiento y restricción, que deben estar debidamente reguladas para evitar su indicación innecesaria o abusiva. Por otra parte, es importante alinear este principio con las disposiciones penales que pueden contraponerse a esta propuesta de prohibición.	
--	--

91	10. Obligaciones del personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica PROYECTO NOM-025-2012 10.1 El personal de las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberán tratar a las y los usuarios en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia. COMENTARIOS La propuesta no aporta algo mejor a la anterior. Asimismo, los derechos de los pacientes representan los deberes u obligaciones de personal de salud. Por otra parte, las instituciones en el marco del derecho a la salud, tienen las obligaciones de respeto, de protección y de cumplimiento de los derechos humanos de los pacientes, por lo que se deben adoptar medidas para prevenir que otros particulares interfieran con esos derechos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque de acuerdo a prácticas históricas y denuncias internacionales contra nuestro país, es necesario asegurar las prácticas responsables del personal de hospitales psiquiátricos.
92	11. Enseñanza, capacitación e investigación científica PROYECTO NOM-025-2012 11.1 La unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá diseñar e implementar cursos de capacitación y sensibilización a todo su personal de acuerdo a los contenidos de la presente norma. 11.2 Las actividades de enseñanza en las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica estarán dirigidos al personal de salud, se realizarán de acuerdo con los principios de ética médica, los instrumentos internacionales garantes de los derechos humanos, los objetivos y posibilidades de la unidad hospitalaria, así como la integración del avance científico en el campo. 11.3 Las actividades de investigación científica que se realicen en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud y a los Comités de Bioética. COMENTARIOS La disposición de capacitar sobre el contenido normativo es indispensable, aunque no solo en los hospitales sino al personal de la red de servicios de salud. Los Comités de Bioética no tienen como objeto revisar las acciones de investigación científica, sino les corresponde al Comité de Investigación, Ética y en su caso, Bioseguridad. El proyecto hace hincapié en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Se debe modificar este apartado.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque la norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos públicos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a la prestación de dicho servicio, por lo que resulta indispensable establecer los requisitos mínimos que garanticen la seguridad de las personas, en términos de su salud mental y, el pleno respecto a sus derechos humanos. Adicionalmente, la norma está basada en los principios de ética médica y en los instrumentos garantes de derechos humanos como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas.
93	12. Concordancia con normas internacionales y mexicanas PROYECTO NOM-025-2012 Esta norma tiene concordancia y da seguimiento a la Norma Internacional "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental" adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, y es concordante con la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (12 de octubre de 2006). COMENTARIOS Esta Norma también tiene concordancia con otros instrumentos tales como: "Carta Internacional de los Derechos Humanos", Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", y "Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad", entre otros. Se debe modificar esta apartado.	Se acepta parcialmente el comentario, porque algunos instrumentos se reubicarán en el apartado de Bibliografía por no ser normas internacionales. Se modifica la redacción, para quedar como sigue: 12. Concordancia con normas internacionales y mexicanas. Esta norma, es concordante con: 12.1 Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1991. 12.2 Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, suscrita el 12 de octubre de 2006. 12.3 Carta Internacional de los Derechos Humanos y; 12.4 Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

	13. Bibliografía. 13.1 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. 13.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. 13.3 Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo, 2001. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. 13.4 Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES. Comisión de Protección Social en Salud. México, 2010. 13.5 Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2008. 13.6 Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con Problemas de Salud (10° Ed). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2007. 13.7 Compendio de Documentos Elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental. Junio-Julio de 1992. 13.8 Compendio Normativo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; Secretaría de Salud, México, 1994. 13.9 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York. Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2006. 13.10 Declaración de Caracas, OPS/OMS, 1990. 13.11 Declaración de México para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica (12 de octubre 2006). 13.12 Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. Nueva York, 1948. 13.13 Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad. OPS. 2008. 13.14 Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad Mental. OPS. 2008. 13.15 El derecho a la Salud. Vásquez, J. Rev. IIDH. Vol. 4°, julio - diciembre de 2004. 265-290. 13.16 Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (Resolución 49/R17). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991 Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. 13.17 Health Care Reform for American with Severe Mental Illnesses; Report of de National Advisory Mental Health Council American Journal of Psychiatry 150; 10 October 1993. 13.18 Instrucciones de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. México, 2009. 13.19 Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004. 13.20 La Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OMS/OPS. Venezuela, 1990. 13.21 Ley de Asistencia Social.
--	---

		13.22 Ley Federal sobre Metrología y Normalización. 13.23 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. 13.24 Ley General de Salud. 13.25 Lineamientos del "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental". 13.26 Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. 13.27 Norma Técnica 144, para la prestación de servicios de atención médica en hospitales psiquiátricos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de julio de 1987. 13.28 Norma Técnica 195 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.29 Norma Técnica 196 para la prestación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y de especialidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.30 Norma Técnica 198 para la prestación de servicios de atención médica a farmacodependientes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.31 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra 1992. 13.32 Organización Mundial de la Salud. (2003). Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes externos. 13.33 Organización Mundial de la Salud. (2007). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Mejora de la calidad de Salud Mental. 13.34 Organización Mundial de la Salud. (2005). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. 13.35 Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 13.36 Organización Panamericana de la Salud. (2004). Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana. 13.37 Organización Panamericana de la Salud. (2009). 49. Consejo Directivo. 61ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental. 13.38 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. 13.39 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. OMS/OPS. Brasil, 2005. 13.40 Principios para la Protección de Personas con Enfermedades mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991. 13.41 Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención y Salud Mental en las Américas (7-9 de noviembre de 2005).
--	--	---

		13.42 Principios para la Protección de las personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud; Consejo Económico y Social; Naciones Unidas, Ginebra, 1991. 13.43 Programa Mundial de Acción en Salud Mental. MhGAP Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. 13.44 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 13.45 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 13.46 Situación de la Salud. Mental en México. Documento de Trabajo. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2011.
94	13. Bibliografía PROYECTO NOM-025-2012 13.1 Carta de Derechos Humanos para personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas. Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental IAP. 13.2 Compendio de Documentos Elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental. Junio-Julio de 1992. 13.3 Compendio Normativo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; Secretaría de Salud, México, 1994. 13.4 Declaración de Caracas, OPS/OMS, 1990. 13.5 Declaración de México para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica (12 de octubre 2006). 13.6 Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995. 13.7 Health Care Reform for American with Severe Mental Illnesses; Report of de National Advisory Mental Health Council American Journal of Psychiatry 150; 10 October 1993. 13.8 Ley Federal sobre Metrología y Normalización. México. 13.9 Ley General de Salud. 13.10 Lineamientos del "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental". 13.11 Norma Técnica 144 Para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, Diario Oficial de la Federación. 13.12 Norma Técnica 195 para la Prestación de Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria en Salud, Diario Oficial de la Federación. 13.13 Norma Técnica 196 para la Prestación de Servicios de Atención Médica Psiquiátrica en Hospitales Generales y de Especialidad, Diario Oficial de la Federación. 13.14 Norma Técnica 198 para la Prestación de Servicios de Atención Médica a Farmacodependientes, Diario Oficial de la Federación. 13.15 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra 1992. 13.16 Organización Mundial de la Salud. (2003). Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes externos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario. No se acepta la inclusión de los siguientes documentos por las razones siguientes: A. El derecho a la Salud. Vázquez, J. Rev. IIDH. Vol. 4º, julio - diciembre de 2004. 265-290, Programa Sectorial de Salud, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007 y Situación de la Salud. Mental en México. Documento de Trabajo. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2011 no se incluyen en la Bibliografía porque en términos del Capítulo 6 de la NMX-Z-013/1-1977 dicho documentos, después de haberse consultado, no se utilizaron como fuente bibliográfica de referencia en la preparación de la Norma. B. El Consenso de Panamá: Conferencia Regional de Salud Mental. OMS/OPS. Panamá, 2010, se menciona en los considerandos de la Norma. C. El Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007. Programa Sectorial de Salud, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007, ya no se encuentran vigentes. D. El Código Civil Federal. México, 1928, el Código Federal de Procedimientos Penales. México, 1934, el Código Penal de la Federación. México, 1931 y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1917, constituyen el marco jurídico de referencia nacional para múltiples actos de autoridad, pero no se utilizaron como fuente bibliográfica de referencia en la preparación de la Norma. El resto de los documentos sugeridos se incluyen en la Bibliografía y se modifica la redacción para quedar como sigue: 13. Bibliografía. 13.1 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. 13.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012.

13.17 Organización Mundial de la Salud. (2007). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Mejora de la calidad de Salud Mental. 13.18 Organización Mundial de la Salud. (2005). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. 13.19 Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 13.20 Organización Panamericana de la Salud. (2004). Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana. 13.21 Organización Panamericana de la Salud. (2009). 49. Consejo Directivo. 61ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental. 13.22 Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención y Salud Mental en las Américas (7-9 de noviembre de 2005). 13.23 Principios para la Protección de las personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud; Consejo Económico y Social; Naciones Unidas, Ginebra, 1991. 13.24 Programas nacionales y especiales sobre salud mental y atención psiquiátrica. 13.25 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 13.26 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 13.27 Instrucciones de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. México, 2009. COMENTARIOS Se debe enriquecer este proyecto de norma con el análisis de otros documentos tales como: Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo, 2001. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES. Comisión de Protección Social en Salud. México, 2010. Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2008. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con Problemas de Salud (10° Ed). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2007. Código Civil Federal. México, 1928. Código Federal de Procedimientos Penales. México, 1934. Código Penal de la Federación. México, 1931. Consenso de Panamá: Conferencia Regional de Salud Mental. OMS/OPS. Panamá, 2010. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1917. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York. Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2006. -Declaración de Caracas, adoptada de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OMS/OPS. Venezuela, 1990. Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. Nueva York, 1948. Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad Mental. OPS. 2008. Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad. OPS. 2008.	13.3 Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo, 2001. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. 13.4 Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES. Comisión de Protección Social en Salud. México, 2010. 13.5 Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2008. 13.6 Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con Problemas de Salud (10° Ed). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2007. 13.7 Compendio de Documentos Elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental. Junio-Julio de 1992. 13.8 Compendio Normativo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; Secretaría de Salud, México, 1994. 13.9 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York. Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2006. 13.10 Declaración de Caracas, OPS/OMS, 1990. 13.11 Declaración de México para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica (12 de octubre 2006). 13.12 Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. Nueva York, 1948. 13.13 Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad. OPS. 2008. 13.14 Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad Mental. OPS. 2008. 13.15 El derecho a la Salud. Vásquez, J. Rev. IIDH. Vol. 4º, julio - diciembre de 2004. 265-290. 13.16 Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (Resolución 49/R17). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991 Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. 13.17 Health Care Reform for American with Severe Mental Illnesses; Report of de National Advisory Mental Health Council American Journal of Psychiatry 150; 10 October 1993. 13.18 Instrucciones de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. México, 2009. 13.19 Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004. 13.20 La Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OMS/OPS. Venezuela, 1990. 13.21 Ley de Asistencia Social. 13.22 Ley Federal sobre Metrología y Normalización. 13.23 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. 13.24 Ley General de Salud. 13.25 Lineamientos del "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental". 13.26 Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. 13.27 Norma Técnica 144, para la prestación de servicios de atención médica en hospitales psiquiátricos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de julio de 1987.
---	---

El derecho a la Salud. Vásquez, J. Rev. IIDH. Vol. 4º, julio - diciembre de 2004. 265-290. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (Resolución 49/R17). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991 Informe sobre la Salud en el Mundo bool: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004. Ley de Asistencia Social. Secretaría de Salud. México, 2004. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Secretaría de Salud, Consejo de las Personas con Discapacidad. México, 2011. Ley General de Salud. Secretaría de Salud. México, Reforma de 2011. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. OMS/OPS. Brasil, 2005. Principios para la Protección de Personas con Enfermedades mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991. Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. MhGAP Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. - Programa Sectorial de Salud, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Secretaría de Salud. México, 1986. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. México, 1986. Situación de la Salud. Mental en México. Documento de Trabajo. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2011.	13.28 Norma Técnica 195 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.29 Norma Técnica 196 para la prestación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y de especialidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.30 Norma Técnica 198 para la prestación de servicios de atención médica a farmacodependientes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. 13.31 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra 1992. 13.32 Organización Mundial de la Salud. (2003). Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes externos. 13.33 Organización Mundial de la Salud. (2007). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Mejora de la calidad de Salud Mental. 13.34 Organización Mundial de la Salud. (2005). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. 13.35 Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 13.36 Organización Panamericana de la Salud. (2004). Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana. 13.37 Organización Panamericana de la Salud. (2009). 49. Consejo Directivo. 61ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental. 13.38 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. 13.39 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. OMS/OPS. Brasil, 2005. 13.40 Principios para la Protección de Personas con Enfermedades mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991. 13.41 Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención y Salud Mental en las Américas (7-9 de noviembre de 2005). 13.42 Principios para la Protección de las personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud; Consejo Económico y Social; Naciones Unidas, Ginebra, 1991. 13.43 Programa Mundial de Acción en Salud Mental. MhGAP Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. 13.44 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 13.45 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 13.46 Situación de la Salud. Mental en México. Documento de Trabajo. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2011.
---	--

95	14. Observancia PROYECTO NOM-025-2012 La vigilancia y aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia. COMENTARIOS La vigilancia y aplicación de esta Norma también corresponde a todas las unidades que presten servicios de atención a personas con trastornos mentales y del comportamiento, de forma ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, privado y social que conforman el Sistema Nacional de Salud.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque la norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, no así a la prestación de servicios ambulatorios.
96	Apéndice Informativo A PROYECTO NOM-025-2012 Organización de Comités Ciudadanos de Apoyo en las Unidades de Atención Integrales Hospitalaria Médico-Psiquiátricas -Los Comités estarán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios. - Estarán conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental, para garantizar su apoyo a las unidades de atención integral hospitalarias médico-psiquiátricas. - Participarán con un representante idóneo en el Comité de Ética y Vigilancia de conformidad con los procedimientos que para su conformación se establezcan. - Deberán observar la normativa de las unidades, guardando reserva de información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos, los médicos de los Comités Ciudadanos de Apoyo que hayan obtenido la autorización del usuario o de su representante legal y que, por tanto queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de la legislación sanitaria, penal y de profesiones vigente. Funciones de los Comités Ciudadanos de Apoyo: - Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de las y/o los usuarios. - Proponer acciones para la atención y la rehabilitación que en su caso complementen las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario. - Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de las y/o los usuarios. - Proponer cursos y programas de capacitación para el personal. - Gestionar y promover ante organismos nacionales o internacionales, o en su caso ante personas físicas o morales nacionales o extranjeras, el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo con que cuentan las unidades. - Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos y presupuestarios relacionados con la Unidad, de conformidad con lo establecido en la ley y en esta norma.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque la Norma está destinada a regular la prestación de servicios de atención integral médico-psiquiátrica, ya que en la actualidad existen en México más de 30 hospitales psiquiátricos que deben permanecer bajo vigilancia en cuanto a atención integral y derechos humanos por prioridad. Adicionalmente: A. El comité de ética y vigilancia se encuentra regulado por el artículo 88 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. B. El comité ciudadano sólo tiene acceso si es autorizado por el usuario o su representante legal.

	- Denunciar ante las instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades. - Organizar y coordinar la oficina de Derechos Humanos. COMENTARIOS Nuevamente se centra en el espacio del hospital psiquiátrico, además el proyecto elimina que los comités ciudadanos no deben intervenir en la administración institucional. No especifica la legislación civil aplicable. No representa gran diferencia respecto a la NOM anterior. Se debe analizar tanto la creación de estos comités como delimitar sus funciones que están excedidas. En Comité de Ética y Vigilancia no está regulado por las disposiciones sanitarias, y no se sabe si corresponde al Comité de Ética, que si está regulado. Se mantiene que el comité podrá tener acceso al expediente clínico, esto es cuestionable a la luz de la información personal confidencial, que es exclusiva del paciente o representante legal o en su caso, solo a petición de alguna autoridad competente. El comité no cae en ninguno de estos supuestos. Se les atribuye la oficina de Derechos Humanos, sin que esta sea regulada y que además requiere de personal altamente especializado en el tema, o puede implicar que serán despachos ligados a la Comisión Nacional de Derechos Humanos o similares. No queda clara esta dualidad funcional.	
97	3. CONCLUSIONES La protección de la salud y de la salud mental es un derecho humano fundamental, consagrado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud; además, la salud mental es una materia de salubridad general y las enfermedades mentales tienen un carácter prioritario de la salud pública. Las personas con trastorno mental se encuentran en riesgo de que sean violados sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y/o culturales. Este riesgo vulnerabilidad es aún mayor cuando la persona, según el tipo y la severidad del trastorno, presenta discapacidad mental temporal y en algunos casos permanentes. La protección específica de los derechos de las personas con trastornos mentales se basa en estándares internacionales no vinculantes como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá, que guían tanto la política como los programas y servicios de salud mental con enfoques al respeto de los derechos humanos y la atención comunitaria. Asimismo, se cuenta con un valioso instrumento vinculante como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promueve el respeto de su dignidad inherente; tanto a las personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales. En la atención de los trastornos mentales es evidente que existe una gran brecha entre las necesidades de la población y la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental. Esta problemática es muy compleja porque involucra aspectos médicos, sociales, culturales, entre otros. El estigma y la discriminación juegan un papel preponderante y representan la principal barrera de acceso y reto para la atención de la salud mental. Además, jurídica y operativamente ha prevalecido un modelo de atención asilar, que tiene como eje el hospital psiquiátrico, esta modalidad convencional obstaculiza alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque del mismo no se desprende una propuesta específica de modificación a la Norma.

La psicoterapia y la farmacoterapia, además del incremento en la cobertura de los servicios de salud mental y psiquiatría en la red de servicios de salud, por si solos no siempre garantizan una eficiencia terapéutica, sino se complementa con los servicios sociales y laborales apropiados, tales como residencias asistidas, talleres protegidos, que permitan la plena reinserción social en la comunidad. El objetivo principal de la legislación en salud mental es el asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario, y su vinculación con los servicios sociales complementarios. En general el proyecto de norma respecto a la norma precedente, no representa un cambio acorde a las exigencias de salud mental y derechos humanos actuales, sino que solo presenta algunas modificaciones. Sin embargo, se tiene la oportunidad de hacer una adecuada actualización normativa, porque las leyes, políticas, programas y recursos deben estar relacionados sistemáticamente, es decir, para una buena política es necesaria una buena legislación aceptable y así sucesivamente; además, que una adecuada regulación de salud mental persigue proteger, promover y mejorar las vida y el bienestar mental de los ciudadanos de un país; y la normativa representa un estándar que debe hacerse operativo tanto para su cumplimiento como para la supervisión y evaluación en los establecimientos que se prestan servicios de psiquiatría y salud mental. Por otra parte, desde el año 2000, se han realizado una serie de informes sobre derechos humanos en materia de salud mental y discapacidad de parte de organizaciones de la sociedad civil, mediante visitas a establecimientos psiquiátricos federales y estatales, centros de asistencia social y reclusorios en México, tales como: • Informe Derechos Humanos y Salud Mental en México, Mental Disability Rights International, MDRI, 2000. • Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana, OPS, 2004. • Informe del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de los Hospitales Psiquiátricos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, CNDH, 2008. • La Sustentación al V Informe sobre el Cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, CDHNU, en 2010. • Informe Abandonados y Desaparecidos: Segregación y Abuso de Niños y Adultos con Discapacidad en México, Disability Rights International, DRI, 2010. • Informe Alternativo, DRI, 2011. • Audiencia Pública, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, 2012. Las observaciones comunes de estos informes se centran en los aspectos siguientes: • Falta de actualización de las disposiciones regulatorias de la salud mental, porque aún persiste como eje de atención el hospital psiquiátrico, en lugar de la atención de la salud mental comunitaria. • Institucionalización de pacientes y presencia de violaciones a sus derechos humanos.	
---	--

•Insuficiencia en la asignación de recursos financieros, materiales y humanos. •Mínima oferta de servicios de salud mental dentro de la red general de servicios de salud. •Nula coordinación operativa entre las instituciones de salud mental y las de educación, vivienda, trabajo y justicia. •Falta de participación de organizaciones de la sociedad civil en la planeación y organización de servicios de salud mental. Por lo anterior, es recomendable que sean parte del sustento del proyecto de norma los instrumentos que se describen a continuación. Internacionales: •Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. Nueva York, 1948. •Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. ONU. Ginebra, 1984. •Principios para la Protección de Personas con Enfermedades mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119). New York. Organización de las Naciones Unidas. 1991. •Declaración de Caracas, adoptada de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OMS/OPS. Venezuela, 1990. •Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. OMS/OPS. Brasil, 2005. •Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York. Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2006. •Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. •Consenso de Panamá: Conferencia Regional de Salud Mental. OMS/OPS. Panamá, 2010. •Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias. CIOMS, 2002. Nacionales: •Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1917. •Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Secretaría de Salud, Consejo de las Personas con Discapacidad. México, 2011. •Ley General de Salud. Secretaría de Salud. México, Reforma de 2011. •Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Secretaría de Salud. México, 1986. •Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. México, 1986. •Código Civil Federal. México, 1928. •Código Federal de Procedimientos Penales. México, 1934 •Código Penal de la Federación. México, 1931. •Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES. Comisión de Protección Social en Salud. México, 2010. •Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, IESM. OPS/OMS. México, 2011.	
---	--

98	DR. MARCOS BONIFACIO SILVA CORTÉS. SECRETARIO GENERAL DEL COMITÉ EJECUTIVO SECCIONAL NÚMERO 91 DEL COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD. EN REPRESENTACIÓN DE LA BASE TRABAJADORA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO” Resumen general: Consideramos que el PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2012, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INEGRAL HOSPITALARIA MEDICO PSIQUIATRICA es una copia de la norma actual y le agregan aspectos que la hacen incongruente e incoherente. Presentan una serie de términos que no tienen contenido técnico, científico, normativo lo que los hace inválidos e inservibles ya que carece sustento. Modificaron la secuencia del documento, lo que lo hace un tanto confuso, desorganizado y desfavorable para lo que están solicitando se mejore que es la atención al paciente psiquiátrico. En relación a los derechos humanos y respeto a la dignidad de las y los usuarios consideramos deben ser incluidos los derechos del prestador o trabajador, que están enmarcados en las Condiciones Generales de Trabajo. Exigimos el respeto total a las condiciones Generales de Trabajo de nuestra Organización Sindical. Es Urgente e observar que el sindicato y la autoridad reconocen solamente (sic) dos tipos de trabajadores, confianza y base; ¿donde (sic) se integrará el comité ciudadano? Esto es motivo de atención urgente porque será motivo de conflicto inminente, por lo menos en nuestro Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” que siempre nos hemos manifestado institucionales a la Secretaria de Salud y a nuestra Poderosa Organización Sindical. Sugerimos que la concordancia con normas oficiales mexicanas e internacionales deben de adaptarse a las condiciones de nuestra población particular en cada región del país. Hablan mucho de varios comités ciudadanos, sin embargo todos están conformados por las mismas personas. Además, la participación del Comité ciudadano ha sido motivo de encuentros incluso violentos. Observamos que es una norma de atención hospitalaria, pero, el proyecto está enfocado hacia proporcionar una atención más de tipo de apoyo emocional, sin integrar a un equipo interdisciplinario. No encontramos reconocimiento a la participación multidisciplinaria. No encontramos una participación de especialistas médicos, académicos, terapéuticos. Es necesario integrar Comité de Promoción de la salud mental, debiendo estar integrado por un representante de la secretaria de salud, una institución universitaria, el objetivo del comité será el responsable en determinar que quien esté a cargo de los programas comunitarios tenga un perfil profesionalizado Observamos que en el proyecto participan dos comités ciudadanos ¿Dónde quedan los demás? Deben estar incluidos otros hospitales psiquiátricos de la República Mexicana, incluso el modelo Hidalgo que también recibió observaciones, que estos fueron visitados por la Disability Rights International y la Comisión Mexicana de defensa y Promoción de los derechos humanos. Y que por lo tanto también deben emitir comentarios para la elaboración de dicha norma.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, en razón de que: A. No se considera una propuesta específica de modificación a la norma. B. No se trata de una Norma dirigida a los trabajadores, sino para la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. C. El comité ciudadano no se conforma por trabajadores del hospital, sino por voluntarios comunitarios. D. La norma es de aplicación general en todo el país, no regional. E. En toda la norma se habla de atención integral e interdisciplinaria.
----	--	---

99	PREFACIO Llama la atención que en el PREFACIO señala: “En la elaboración de este Proyecto participaron las siguientes instituciones: Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedades Mentales I.A.P. Comité Ciudadano del Hospital Psiquiátrico José Sayago I.A.P. Fundación Dignidad I.A.P. Comité Ciudadano del Hospital Samuel Ramírez Moreno I.A.P: ARGUMENTACION I. En las cuatro Instituciones de Asistencia Privada, este presente el mismo domicilio legal: YACATAS No. 259 303 COL. NARVARTE C.P. 03020 BENITO JUÁREZ DISTRITO FEDERAL Y en las tres últimas instituciones como fundador o miembro de los patronatos el nombre VIRGINIA GONZALEZ TORRES. SUSTENTO 1. Se consultó las listas de los organismos de asistencia privada encontrando las siguientes referencias, los subrayados son nuestros, para dar fe de que la afirmación del domicilio y el nombre referidos se encuentran registrados así:	Con fundamento en el artículo 47 fracción II de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario porque no considera una propuesta específica de modificación a la Norma.
		

COMITE CIUDADANO DE APOYO, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CAMPESTRE JOSE SAYAGO, I.A.P.

Denominación: COMITE CIUDADANO DE APOYO, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CAMPESTRE JOSE SAYAGO, I.A.P.

Estatus: ACTIVA

Número de la Institución:0577

Rubro:

SALUD Y ADICCIONES

Actividades y servicios:

Objeto:

"Proporcionar atención a los usuarios del Hospital Psiquiátrico Campestre José Sayago, que padecen de una enfermedad mental, que carecen de recursos económicos y que se ven impedidos para satisfacer los requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, realizando acciones para la atención y rehabilitación de los pacientes y así elevar la calidad y calidez de los servicios que se prestan a los usuarios."

Fundadores:

VIRGINIA GONZÁLEZ TORRES

Patronato:

MARIA GONZALEZ TORRES	PATRONO SECRETARIO
DANIELA AREVALO GONZALEZ	PATRONO TESORERO
SANDRA AREVALO GONZALEZ	PATRONO VOCAL
MARTHA BEATRIZ DIP DE TODD	PATRONO VOCAL

Fecha de Constitución:

25 DE ENERO DE 1996

Domicilio legal:

YACATAS No. 259 303 COL. NARVARTE C.P. 03020 BENITO JUÁREZ DISTRITO FEDERAL

Teléfono:

Fax:

Establecimiento(s):

FUNDACIÓN MEXICANA A FAVOR DE LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, I.A.P.

Denominación: FUNDACIÓN MEXICANA A FAVOR DE LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL I.A.P.

Estatus: ACTIVA

Número de la Institución:0579

Rubro:

DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN

Actividades y servicios:

Objeto:

Realizar programas comunitarios y hospitalarios para apoyar a las personas que tienen una enfermedad mental, sin recursos económicos para rehabilitarlos, dándoles todo el apoyo para que puedan satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia, desarrollo y atención.

Fundadores:

VIRGINIA GONZÁLEZ TORRES

Patronato:

DANIELA AREVALO DE FELGUERES	PATRONO PRESIDENTE
MARIA GONZÁLEZ TORRES	PATRONO SECRETARIO
SANDRA AREVALO GONZÁLEZ	PATRONO TESORERO
ANTONIO AREVALO GONZÁLEZ	PATRONO VOCAL
<u>VIRGINIA GONZÁLEZ TORRES</u>	PATRONO VOCAL

Fecha de Constitución:

25 DE ENERO DE 1996

Domicilio legal:

YACATAS No. 259 303 COL. NARVARTE C.P. 03020 BENITO JUÁREZ DISTRITO FEDERAL

Teléfono:

Fax:

Establecimiento(s):

	CONSEJO NACIONAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA, PSICOPÉDAGÓGICA Y PSICODIDÁCTICA DEL ESTADO DE GUATEMALA Carta de Misión: Denominación: COMITE CIUDADANO DE APOYO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CARRETERO DR. SANTIAGO RAMIREZ MORENO, S.A.P. Estatus: ACTIVA Número de la Institución: 0576 Rubro: SALUD Y ADICCIONES Actividades y servicios: Objeto: "Proporcionar atención a los usuarios del Hospital Psiquiátrico Carretero Samuel Ramírez Moreno, que padezcan de una enfermedad mental, que carezcan de recursos económicos y que se ven impedidos para satisfacer los requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, realizando acciones para la atención y rehabilitación de los pacientes y así elevar la calidad y cubrir los servicios que se prestan a los usuarios." Fundadores: MARIA VICTORIA GONZÁLEZ TORRES GUADALUPE MORALES Patronato: VIRGINIA GONZÁLEZ TORRES PATRONO PRESIDENTE MARIA GONZÁLEZ TORRES PATRONO SECRETARIO DANIELA AREVALO GONZÁLEZ PATRONO TESOBERO MARITZA BELTRIZ DOP TOSO PATRONO VOCAL Fecha de Constitución: 23 DE ENERO DE 1996 Domicilio legal: TRICATAS No. 259-303 COL. MARVANTE C.P. 63020 BENITO JUÁREZ DISTRITO FEDERAL Teléfono: Fax: Establecimiento(s):	
100	PREFACIO COMENTARIO 2. Seguimos comentando acerca del prefacio, donde encontramos un sesgo muy grave en cuanto a las instituciones que participan en el proyecto de norma en cuestión. Llama la atención que en el PREFACIO se señala: "En la elaboración de este Proyecto participaron las siguientes instituciones: Consejo Nacional de Salud Mental. ARGUMENTACION 2. En la Estructura Orgánica Básica de Nuestra Secretaria de Salud su denominación completa es Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Pero además la secretaria Técnica del consejo Nacional de Salud mental es la T. R. VIRGINIA GONZALEZ TORRES FUNDAMENTO 2. 	Se acepta el comentario, y se modifica la redacción para quedar como sigue: PREFACIO En la elaboración de esta Norma participaron: SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

	 LIC. EDGAR BERNAL CHAPA Subdirector de Desarrollo Normativo en Salud Mental 53 77 27 61 53 77 27 68 Ext. 2763 espartaco@salud.gob.mx DR. LAURO SUÁREZ ALDREY Subdirector de Investigación y Desarrollo en Salud Mental 53 77 27 61 Ext. 55 93 84 65 dr.lauro@salud.gob.mx LIC. BENI GARCÍA MUÑOZ Subdirector de Desarrollo de Instrumentos para la Atención en Salud Mental 53 77 27 61 53 77 27 68 Ext. 2761 beni@salud.gob.mx LIC. BARBARA SOPHIA SANDERS ERDEZ Coordinadora Administrativa del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental 53 77 27 65 53 77 27 68 Ext. 2765 bsanders@salud.gob.mx LIC. ADRIANA HÉNDIZ ACOSTA Subdirectora del Centro Integral de Salud Mental (CISAMH D.F.) 53 77 27 65 53 77 27 68 Ext. 2767 adriana@salud.gob.mx LIC. DIANA GABRIELA LAVÍN VÉLEZ Subdirectora de Coordinación Sectorial y Entidades Federativas 53 77 27 65 53 77 27 68 Ext. 2763 diana@salud.gob.mx LIC. SANDRA YVETTE CANACHO TEJEDA Subdirectora de Acreditación y Fomento 53 77 27 65 Ext. 55 93 84 65 sacanacho@salud.gob.mx Salud, 18 de Noviembre de 2012 a las 13:35 por Nicolás Méndez	
101	PREFACIO COMENTARIO 3. Continuamos en el PREFACIO en donde señala: 10 “En la elaboración de este Proyecto participaron las siguientes instituciones: Consejo Nacional de Salud Mental. ARGUMENTACION 3. No es omisión menor en el prefacio del proyecto de Norma, la Denominación Consejo Nacional de Salud Mental cuando en realidad en el organigrama de la secretaria de salud es Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental. En Reglamento Interior de la Secretaría de Salud el artículo 35 establece las funciones del secretario técnico del consejo de salud mental, en donde encontramos en sus diversos incisos el uso de la siguiente terminología relacionada con sus funciones: proponer, Impulsar en forma conjunta con las dependencias, Fijar criterios en forma conjunta con las dependencias y órganos competentes, promover y coordinar investigaciones relacionadas con la salud mental en coordinación con las demás unidades administrativas competentes, promover y asesorar, supervisar y evaluar, participar en la elaboración de propuestas, propiciar la celebración de convenios, acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, participar en la definición, instrumentación y evaluación de las estrategias de comunicación y desarrollo de material didáctico siempre en coordinación con las unidades administrativas competentes, participar, colaborar, coadyuvar, proponer lineamientos técnicos, promover la certificación de las unidades de atención a la salud mental, Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia. La Secretaria Técnica del Consejo nacional de Salud Mental, considera que tiene un Consejo de tipo empresarial, y es dueña, por eso no pide opinión, ni requiere opciones científicas, académicas, medicas.	Se acepta el comentario, y se modifica la redacción para quedar como sigue: PREFACIO En la elaboración de esta Norma participaron: SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

	Es increíble el grado de prepotencia al que llega, sabemos que mediante la presión, la amenaza se apoye en comités, a modo del interés de la Secretaría Técnica del consejo nacional de Salud Mental. Sabemos del modo en que se conduce con las autoridades de la misma Secretaría de Salud, a los que amenaza, intimida o agrede o bien argumenta que es agredida por defender al enfermo mental. De su falta de apego a la normatividad oficial, como la falta de respeto a la verificación de COFEPRIS en el CISAME. SUSTENTO 3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el D.O.F. 19-1-2004. Artículo 35 ...	
102	PREFACIO En el PREFACIO señala: "En la elaboración de este Proyecto participaron las siguientes instituciones: ... Comité Ciudadano del Hospital Samuel Ramírez Moreno I.A.P. ARGUMENTACION 4. Se tomo (sic) en cuenta la opinión del Comité Ciudadano del Hospital Dr. Samuel Ramírez. Este Comité tiene una oficina que permanece cerrada, asisten de lunes a viernes dos personas, la señora esperanza y la señora Martha. Tienen un taller que lo iniciaron como una capilla donde solo se dio misa 1 ocasión. En ese taller acuden cada vez menos usuarios. Con todo respeto pero este comité no cubre el perfil académico, ni realiza actividades intensas en el hospital. Pero que se encarga de servir de punta para destruir a las instituciones. La Secretaria Técnica del consejo Nacional de Salud Mental y también Fundadora y Patrono presidente del Comité Ciudadano de nuestro Hospital, no asiste a las instalaciones del Hospital y cuando lo ha hecho es entrando de manera escondida, agresiva, amenazante, si es Secretaria Técnica del Consejo Nacional de salud Mental, tendría que presentarse como funcionaria de la Secretaria de Salud, respetando toda la normatividad. Doctor Kuri, no fue tomada la opinión de los compañeros médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, formados en las Universidades, en el Instituto mexicano del seguro social, en el Instituto de seguridad social al Servicio de los trabajadores del estado, el Instituto Nacional de neurología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, y tantas instituciones reconocidas. Diecinueve psicólogas que brindaron 35,000consultasen el servicio de consulta externa. Cinco paidopsiquiatras que este año brindaron 10,000 intervenciones terapéuticas con pacientes y sus familias. Veinticuatro psiquiatras que algunos rotan por la consulta externa que brindaron 4000 consultas medicas (sic) de la especialidad. Dieciséis médicos generales que brindaron consultas en hospitalización con una producción de 10,000 consultas a 164 pacientes hospitalizaos. 25 trabajadoras sociales con 60,000 gestiones realizadas a pacientes en consulta externa y hospitalización.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque de conformidad con el punto 3.1.2, de la NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, el Prefacio es un elemento que da información relativa a la norma y proporciona la lista de los organismos que han participado en su elaboración, siendo este elemento responsabilidad de la autoridad competente y que no compromete el contenido de la regulación.

	Una compañera que durante 2012 realizo 800 estudios de electroencefalografía. 35 rehabilitadores psicosociales que presentan 10,500 sesiones de rehabilitación. Doscientas diecinueve enfermeras y enfermeros que brindan atención a nuestros 164 usuarios hospitalizados, en seis turnos, nueve servicios, brindando atención los 365 días del año (sic) las veinticuatro horas del día. En laboratorio clínico 3 químicos farmacobiólogos, y 2 técnicos laboratoristas. En farmacia un químico farmacobiólogo, dos subjeses de farmacia y dos apoyos administrativos. Contamos en la actualidad con las unidades terapéuticas de Unidad de cuidados intermedios para la observación estrecha de cuadros comorbidos y de observación de urgencias psiquiátricas. Unidad terapéutica de psicogeriatría muchos de nuestros pacientes procedentes del desaparecido manicomio general. Unidad terapéutica larga estancia a y b con pacientes que padecen diversos niveles de retraso mental. Unidad de subsecuentes a y b con padecimientos como esquizofrenia, Epilepsia que en la época actual, es una enfermedad tratada exclusivamente en la Consulta Externa, parálisis cerebral entre otros. La unidad de corta estancia, que ha logrado consolidarse como tal permitiendo el ingreso de pacientes con una estancia máxima de 21 días, para continuar su atención en la consulta externa. Señor Doctor Kuri, es inadmisibile que no se tome en cuenta la opinión de Instituciones, de profesionistas, de nuestros compañeros que cumplen con un perfil académico, y conoce el tratamiento adecuado a nuestros pacientes. SUSTENTO 4. Anexo 1. PLANTILLA DE TRABAJADORES DE NUESTRA INSTITUCION.	
103	COMENTARIO 5. La Secretaría Técnica del Consejo nacional de Salud Mental se adueña de un proyecto de norma cuando tenemos a la Comisión Coordinadora de los Institutos nacionales de Salud Y hospitales de Alta Especialidad, a los Servicios de Atención Psiquiátrica e Instituciones e todo el país, que brindan operativamente la atención a la salud mental de forma pública. ARGUMENTO 5. Llama la atención n que en el organigrama de la secretaria de salud la secretaria técnica del consejo nacional de salud mental dependa de la subsecretaría de prevención y promoción de la salud. En tanto que los servicios de atención psiquiátrica SAP dependen del secretario de salud en la actualidad de la DRA. Mercedes Juan López y en el organigrama, de la COMISION COORDINADORA DELOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD. Todos esos últimos y las instituciones del interior de la república encargados del 95 % de la atención operativa a la atención psiquiátrica y de salud mental. SUSTENTO 5. Organigrama de la Secretaria de Salud.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.

104	COMENTARIO 6. Si existen alrededor de 150 instituciones que brindan atención especializada, ninguno es tomado en cuenta para elaborar este proyecto. Cuantas Universidades, Academias, Asociaciones, Institutos, brindan atención sin tener nada que aportar, es un sesgo tremendo el que se intenta con este proyecto, que no representa la realidad del país. ARGUMENTO 6. LA MISMA PÁGINA DE LA SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL INCLUYE EL SIGUIENTE LISTADO DE UNIDADES OPERATIVAS QUE BRINDAN ATENCIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL. SE LAS APROPIA, PERO NO LAS TOMA EN CUENTA PARA ELABORAR ESTE PROYECTO DE NORMA. SUSTENTO 6. 	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.
-----	---	--

TEL.: 5573 0386, 5573 1550, 5573 0387 Fax: 5655 0388 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" Calle San Buena Aventura # 81 Colonia Belisario Domínguez. México, D. F. TEL.: 5573 4844, 5573 4866, 5573 4955 Fax: 5655 9002 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL "Hospital San Fernando" Av. San Fernando No. 201, Tlalpan, México, D. F. TEL.: 5606 8323, 5605 8495, 5606 8548, 5606 9644 Fax: 5606 9649 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN JUAN DE ARAGÓN" IMSS Calzada San Juan de Aragón No. 311 Col. San Pedro El Chico. Gustavo A. Madero C: P. 07480, México, D. F. TEL.: 5577 4419, 5577 7292, 5577 6043 INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMON DE LA FUENTE" Calzada México- Xochimilco No. 101 C. P. 14370, México, D. F. TEL.: 5655 3379, 5655 7999 Ext. 267 Fax: 5655 0411 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "Dr. Manuel Velasco Suárez" Insurgentes Sur No. 3877 Col. La Fama C. P. 14269. México, D. F. TEL.: 5606 3822 AGUASCALIENTES CENTRO NEUROPSIQUIATRICO Km 4.2. Carretera a la Cantera, Frente a UNITEC C.P. 20206, Aguascalientes, Ags. TEL. 01449 97 60 587 EXT. 133 BAJA CALIFORNIA NORTE HOSPITAL PSIQUIATRICO MUNICIPAL TIJUANA, B.C. Vía Rápida No. 12671, Col. 20 de Noviembre Tijuana, B.C. TEL. 01 664 622 23 47 - 01 686 842 70' 71 EXT. 4 FAX. 01 664 681 07 92 BAJA CALIFORNIA SUR HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CHAMETLA Km. 11.5 Carretera al Norte Ejido en Centenario, C.P. 23000, La Paz, B.C.S. TEL. 01 612 12 46 213 FAX. 02 612 12 46 730 CAMPECHE	
--	--

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CAMPECHE

San Francisco Koben S/n
Km 26.5 Carretera Campeche-Tenabo
Col. San Francisco Koben, C.P. 244000
Campeche, Camp.

COAHUILA**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD REHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL**

Blvd. Isidro López Centuche Norte 4295 Int. 2 Col. Virreyes Obrera, C.P. 25220,
Saltillo, Coahuila.
TEL. 01 844 415 74 21 FAX.: 01 844 415 74 67

CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL DE SALTILLO

Martin Enrique y Juan O' Donojú S/n, Col. Virreyes Colonial
C.P. 25000, Saltillo, Coah.
TEL. 01 844 415 07 63 EXT. Dirección. 103 EXT. FAX. 201

HOSPITAL PSIQUIATRICO "PARRAS DE LA FUENTE"

Nicolás Bravo No. 1. Esq. Matamoros, C.P. 27980
Parras de Fuente, Coah.
TEL. Y FAX. 01 842 42 223 99 - 01 842 42 229 00

COLIMA**CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE IXTLAHUACAN**

5 de Mayo No. 87, Col. Centro,
C.P. 28700, Colima, Col.
TEL. 01 313 32 49 045

CHIAPAS**CASA HOGAR PARA ENFERMOS MENTALES "SAN AGUSTIN"**

Km. 8.5 Carretera Tuxtla Gutiérrez-Villa Flores, Chiapas.
C. P. 29007, Tuxtla Gutiérrez, Chis
TEL. (91661) 50384

CHIHUAHUA**CENTRO DE SALUD MENTAL DE CHIHUAHUA**

Km 6.5 de la Carretera a Cd. Cuauhtémoc, Col. Zootecnia,
Chihuahua, Chih.
TEL. 01 614 43 40 211 - 01 614 43 40 065
COM. 01614 43 40 836 EXT. 120

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CIVIL LIBERTAD"

Ignacio Alatorre No. 870 Sur, Chaveña
C.P. 32000, Ciudad Juárez, Chihuahua.
TEL. 01 656 612 01 34

DURANGO

HOSPITAL DE SALUD MENTAL "DR. MANUEL VALLE BUENO" Poblado 20 de Noviembre Domicilio Conocido, Col. 20 de Noviembre A.P. 4-036, C.P. 34304, Durango, Dgo. TEL. 01 618 814 04 79 - 01 618 814 10 96 - 01 618 814 66 30 EXT. 201 Dirección ESTADO DE MEXICO HOSPITAL PSIQUIATRICO"JOSE SAYAGO" Km 33.5 Carretera Federal México Pirámides, Mpio. De Acolman, C.P. 55885 Tepexpan, Edo. Mex. TEL. 01 594 95 718 36 HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. ADOLFO M. NIETO" Km 33.5 Carretera Federal México Pirámides, Mpio. De Acolman, C.P. 55885 Tepexpan, Edo. Mex. TEL. 01 594 957 04 82 FAX. 01 594 957 00 03 HOSPITAL PSIQUIATRICO "GRANJA LA SALUD TLAZOLTEOL" Km 33.5. Carretera Federal a Puebla, Mpio. De Ixtapaluca Zoquiapan, C.P. 56530, Edo. De Mex. TEL. Y FAX. 59 72 16 40 - 59 72 00 28 GUANAJUATO HOSPITAL DE SALUD MENTAL "SAN PEDRO DEL MONTE" Carretera Antigua a San Francisco del Rincón, Km 8, San Pedro del Monte, A.P. 271, C.P. 37000, León, Gto. TEL. 01 477 748 82 01 - 01 477 748 82 02 - EXT. 1 - FAX. 9 HIDALGO VILLA OCARANZA Km 62.5 Carretera México Pachuca Municipio de Tolcayuca Hidalgo, C.P. 47083, Pachuca, Hgo. TEL. 01 743 791 31 16 - EXT. 8411 Y 84 12 JALISCO CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL ESTANCIA PROLONGADA Km 17.5 Carretera a Chapala Zapote del Valle, Mpio. Clajomulco Zúñiga, C.P. 45670 TEL. 01 33 36 96 02 01 - 01 33 36 96 02 74 - EXT. 102 Dirección MICHOACAN HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. JOSE TORRES OROZCO"	
---	--

Miguel Arreola No. 450, Col. Poblado Ocoluse,
C.P. 58279, Morelia, Mich.
TEL. 01 443 314 55 66 - FAX. 01 443 314 06 74

CENTRO MICHOACANO DE SALUD MENTAL (DIF).
Entre la Universidad La Salle y Campestre Herandeni, Salida Carretera Michoacán,
Gto.
TEL. 01 443 321 51 00 - 01 443 321 51 01

NAYARIT

CENTRO TERAPEUTICO ESTADO DE NAYARIT
Blvd. Tepic-Jalisco No. 346, Col. Miravalles
C. P. 63184. Tepic, Nay.
TEL. 01 913 213 4425 - 01 913 213 4426

NUEVO LEON

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY
Capitán Mariano Azueta No. 680,
Col. Buenos Aires, C.P. 64800
Monterrey, N.L.
TEL. 01 81 81 28 58 28 - FAX. 01 81 81 30 70 49

HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDAD No. 22 (IMSS)
Rayones No. 965 Col. Topo Chico
C. P. 64260. Monterrey, N. L.
TEL. 01 918 352 3051 - FAX. 01 918 352 3051

OAXACA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CRUZ DEL SUR"
Km 18.5 Carretera Oaxaca-Puerto Escondido,
Reyes Mantecón, Oaxaca, A.P.244, C.P.
71250, Oaxaca, Oxa.
TEL. 01 951 54 600 64

PUEBLA

DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"
Km 7.5 Carretera Puebla-Valsequillo, Col.
El Batam, C.P.72573
TEL. 01 222 216 13 99 - 01 222 216 15 40 - EXT. 104

HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA MUJERES "SAN ROQUE"
Maximino Avila Camacho No. 607, Col Centro
C. P. 72000. Puebla, Pue.
TEL. 01 912 247 0622

SAN LUIS POTOSI

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEWMANN PEÑA"
Jesús Goytortua No.1148, Prolongación Santos Degollado,
Col. Burócratas C.P. 98290 San Luis Potosí. S.L.P.

TEL.: 01 444 81 723 73 - FAX: 01 444 83 30 504 CLINICA PSIQUIATRICA VICENTE CHICO SEIN Km. 8.5 Carretera a Matehuala, Antiguo camino de Golf, A. P. 84 C. P. 78430 Soledad de Graciano Sánchez, S. L. P. TEL/FAX. 01 914 812 3623 SINALOA HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. ALFONSO MILLAN" Carretera Culiacanito Km 2.8 Fraccionamiento Horizonte, C.P. 80400, Culiacán, Sinaloa TEL. 01 662 216 54 57 - 01 662 216 42 00 - FAX. 01 662 218 51 81 SONORA HOSPITAL PSIQUIATRICO "CRUZ DEL NORTE" Av. Luis Donaldo Colosio Esq. Carlos Quintero Arce, Col. El Llano, A.P. C.P. 83270 Hermosillo, Son. TEL. 01 662 216 54 57 - 01 662 216 42 00 - FAX. 01 662 218 51 81 HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. CARLOS NAVA MUÑOZ" Prolongación Pino Suárez No. 162 Sur Col Centro C. P. 83000, Hermosillo, Sonora TEL. 01 912 217 1468 TABASCO HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILLAHERMOSA Calle Ramón Mendoza S/n, Col. José Ma. Pino Suláez, Zona Asistencial, C.P. 86010 Villahermosa, Tab. TEL. 01 993 357 08 07 - TEL. Y FAX: 01 993 357 08 89 TAMAULIPAS HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TAMPICO Av. Ejército Mexicano No. 1403, Col. Aliende, C.P. 89130, Tampico, Tamps. TEL. 01 833 213 18 62 FAX. 01 833 217 06 79 CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL DE MATAMOROS, TAMPS. TEL. 01 868 812 34 77 - 01 868 813 31 86 VERACRUZ HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. VICTORM. CONCHA Sur 23 S/n Oriente 2, Plaza de la Concordia, Centro, C.P. 94300, Orizaba, Veracruz. TEL. 01 272 724 30 80 UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL Agua Calientes 190, Cn. Progreso Maculapaet, C.P. 91130, Salina, Ver. TEL. 01 229 843 51 51 - EXT. 404 Fax: 402, 404 y 406 YUCATAN HOSPITAL PSIQUIATRICO YUCATÁN Calle 134 S/n X 39, Col. Francisco I. Madero, C.P. 97230, A.P. 398 Mérida, Yucatán TEL. 01 999 945 13 02 Ext. 117 ZACATECAS CENTRO DE SALUD MENTAL Av. González Ortega Esq. Dr. Castro Vilagrana, S/n, Col. Centro, C.P. 96000, Zacatecas, Zac. TEL. 01 492 92 39 494 Última actualización: enero, 9 de noviembre de 2007 a las 19:40 por Virginia Morales © 2007. Todos los derechos reservados. No debe ser usado sin el consentimiento escrito del Hospital General de México. Todos los derechos reservados. comunicacion@salud.gob.mx	
---	--

105	COMENTARIO 7. Se desea imponer un modelo llamado Hidalgo, para todas las instituciones, públicas y privadas. ARGUMENTACION7. Existe negación de la libertad de movimiento y de elección a de las personas en los programas del Modelo Hidalgo: Las personas que viven en los programas del Modelo Hidalgo no tiene "oportunidades iguales a los otros" en la comunidad. La rehabilitación no es adecuada no están diseñados para las necesidades de la gente con discapacidades más severas. Los programas de apoyo conductual no están disponibles. LOS PROGRAMAS DEL MODELO HIDALGO DISCRIMINAN A LOS INDIVIDUOS MÁS DISCAPACITADOS: La gente con las más severas discapacidades son excluidas del Modelo Hidalgo, sólo los más funcionales y obedientes son seleccionados para el programa. Ya las observaciones que se realizaron por científicos de la DRI lo mencionaron en su reporte: El programa no permite una transición a la comunidad: los usuarios y los usuarios se quedan dentro de estas ya que no es un peldaño hacia la integración comunitaria. Es solamente una versión más humana de la vida segregada en la institución. La gente es aun segregada por falta de servicios comunitarios, el enfoque del Plan Nacional de Desarrollo Nacional debe incluir a la Salud Mental como un problema de salud pública, ya que el objetivo es llegar a la prevención y no a la corrección que lleva a mayores gastos económicos. EL EJE RECTOR A NIVEL NACIONAL ES LA EDUCACION iniciar con los adultos a nivel comunitario y con el objetivo que llegue a los hijos. Nuestro Hostal recibió a 30 pacientes que no cumplieron las características para permanecer en el MODELO HIDALGO. Todos con Retraso Mental Profundo a los que nuestro hospital brinda atención actualmente. El Modelo Hidalgo Discrimina de entrada. Todo el país no puede depender de un modelo que tiene funcionalidad en condiciones específicas, consideramos que el eje rector de cualquier proyecto es un Hospital Psiquiátrico, y se proyecta una noma con ese término, atención medico-psiquiátrica, pero en realidad la normatividad planteada es para brinda apoyo asistencial, además de intervenir en cuestiones medicas especializadas, sin el soporte necesario e indispensable. SUSTENTO 7.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque no advierte una propuesta específica de modificación a la norma. El Modelo Miguel Hidalgo es mencionado como experiencia exitosa en documentos internacionales y tiene concordancia con las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como con la Convención para las Personas con Discapacidad. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recomiendan que el eje rector de la salud mental tenga un enfoque comunitario y desarrolle una red conformada por servicios especializados y no especializados integrados a la red de servicios de salud general.
-----	---	--

	Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) NOMBRE CORTO: Salud Mental  Misión Proporcionar a los usuarios de todo el país, una atención de calidad y con calidez médico-psiquiátrica, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, que redunden en un mejor nivel de vida del usuario y de la familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla. Visión Impulsar la reforma Psiquiátrica en México, implementando en todas las entidades federativas, las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental. Programa de Acción: Página Web http://www.consame.salud.gob.mx	
106	4. Definiciones y abreviaturas, 5. Disposiciones generales, 8. Actividades de rehabilitación psicosocial y 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las y los usuarios CUESTIONAMIENTO 8. Estamos en total desacuerdo con el punto 4. Definiciones. Que propone el proyecto: En particular ahondamos en los aspectos: 4.1.1 Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, siempre supervisada por el profesional. (Bibliografía: Historia de la Locura en la Época Clásica, Michael Foucault, FCE; La Capacidad Para estar solo: Winicott, Tratado de Psiquiatría, Henry Ey). Y consideramos de suma importancia la profesionalización de los acompañantes terapéuticos, con una capacitación continua y una capacitación de esta profesionalización avalada por la unidad y una institución académica relacionada con la salud mental. Y que su aprobación este avalada para ejercer su función por un comité institucional. 4.1.2 Asambleas de usariás (os) reuniones grupales de los usuarios que deben estar coordinadas por el equipo interdisciplinario. (Estas ya son realizadas por psicólogos y psiquiatras (especializados en psicoterapia grupal). Y consideramos de suma importancia de la integración en las asambleas deba participar avaladas por el acompañamiento terapéutico profesionalizado. 4.1.4. Al estudiar esta propuesta, consideramos necesario tres aspectos fundamentales en la atención. 1. Prevención universal. 2. Prevención Selectiva. 3 Prevención enfocada. Estableciendo programas en cada uno de ellas. 4.1.5 Banco de reforzadores: No hace falta, los reforzadores son controlados por el área de psicología y rehabilitación. La experiencia es que abusan de alimentos, cigarros que agravan sus condiciones físicas y mentales, rechazando su tratamiento médico-psiquiátrico. Incluso favoreciendo la agresividad entre ellos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente este comentario, porque esta norma menciona aspectos de suma importancia para la reinserción social, tales como el máximo grado posible y autonomía mismos que no se pueden eliminar. El objetivo de la Asamblea de usuarios es que dichos sujetos puedan emitir opiniones libremente sobre la atención recibida, así como las necesidades de grupo y personales, en ese sentido, la presencia de personal del hospital psiquiátrico inhibiría la manifestación libre de las opiniones. No es necesaria la aclaración específica de los tres aspectos fundamentales en la atención integral. El banco de reforzadores es un dispositivo que forma parte de un programa integral de rehabilitación psicosocial y tiene como objetivo habilitar funciones para la reinserción de lo más parecido a la vida real. Esta herramienta es consistente en su objetivo con el Modelo Miguel Hidalgo implantado en todo el país. La rehabilitación física está incluida en el área médica. Se elimina la figura de Comité Multidisciplinario de conformidad con el artículo 88 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. El término socioafectivo se refiere al desarrollo que incluye los procesos de actualización de conocimiento del entorno y de sí mismo que permiten la significación y reconocimiento de conductas afectivas en el propio sujeto y en los demás, con el fin de alcanzar una mejor adaptación. De acuerdo con los Programas de Rehabilitación Psicosocial para Hospitales Psiquiátricos Públicos, disponible para su consulta en la dirección electrónica: http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/progrma_final_2.pdf, la ropa de calle es parte del programa integral de rehabilitación psicosocial (página 25) y está de acuerdo a disposiciones internacionales de derechos humanos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuando se refiere a ajustes razonables, conforme a sus artículos 3, incisos b) y c) y 5, entre otros.

Es importante que las herramientas de rehabilitación psicosocial generen el desarrollo de habilidades, de tal manera que, la denominación de banco de reforzadores o tienda básica de abasto debe ser modificada a Sistema motivacional para la modificación de la conducta establecida por el marco teorico-metodologico de lo cognitivo conductual y en ese sentido dar énfasis a la ergoterapia como sistema motivacional para la rehabilitación en el trabajo, cuya finalidad sea la reinserción laboral. En donde, a través del desarrollo de las habilidades de la autonomía y toma de decisiones, se pueda utilizar la remuneración económica que le genera el pago de su labor. 4.1.6 Casa de medio camino: lugar intermedio entre hospital y familia. El objetivo es que la rehabilitación se diera dentro de una estructura de hospitalización, permitiendo que en cada casa de medio camino se continuara con el tratamiento psiquiátrico. Con la finalidad de evaluar la funcionalidad terapéutica, proponemos revaloración trimestral a los usuarios. 4.1.7. Centro de día; al igual que la estancia en las casas de medio camino, debe evaluarse la funcionalidad terapéutica en forma trimestral con un programa que considere tres aspectos importantes a. Tiempo. b. costo c. beneficio. 4.1.10 Departamentos independientes: Espacios dentro de la comunidad para ser habitados por las y los usuarios de manera voluntaria con esquemas de supervisión. El ingreso a los departamentos independientes se puede realizar a través de referencia del servicio de psiquiatría del hospital. En estos espacios de rehabilitación psicosocial el ingreso a los departamentos deben de ser considerado al igual que los anteriores funcionalidad terapéutica, programa tiempo, costo beneficio y sobre todo y de manera importante que tan independientes son estos, a través de una evaluación del equipo multidisciplinario y avalados por un comité de salud institucional y ser acompañados por “acompañantes terapéuticos profesionalizados”. 4.1.16. En total desacuerdo con el término “Extrema urgencia psiquiátrica”. En medicina, una urgencia es una condición que pone en riesgo el miembro, la función o la vida. Urgencia psiquiátrica es una condición en la que el individuo se auto agrede o agrede a los demás, poniendo en riesgo la vida, precisamente son criterios fundamentales para hospitalización psiquiátrica. El termino Extrema urgencia psiquiátrica es un concepto fuera de toda terminología médica, sin ningún sustento. 4.1.2.21 Programa Nacional de Salud mental: ¿Por qué decir que el modelo Hidalgo es el eje rector de las políticas públicas? Esto es solo de unos cuantos que efectivamente son sólo políticos. Este modelo no puede ser el Plan Nacional de Salud Mental sino se ha considerado a todos los estados de la República Mexicana. 4.1.33 Villas de transición hospitalaria: no se permite el trabajo de un equipo interdisciplinario, psiquiatra como eje rector para dar continuidad al tratamiento psiquiátrico. Si el objetivo es la transición para eso están los hospitales parciales, los de día, que incluyen a todo un equipo de trabajo.	La salida del hospital se encuentra considerada en el punto 5.3.10.2, de la norma y ocurre siempre con autorización previa correspondiente. El comité ciudadano de apoyo existe para observar y proponer y no tiene mayor injerencia en los sistemas de indicadores y estándares. Se acepta el comentario relativo al numeral 4.1.16 y se modifica la redacción del punto 4.1.36, para quedar como sigue: 4.1.36 Urgencia Psiquiátrica: al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.
---	---

5.3.10. Programa General de Trabajo debe incluir todos los incisos anteriores pero el 5.3.10.3 La Rehabilitación psicosocial a) talleres protegidos, b) apoyo a las actividades de la vida diaria, c) Paseos terapéuticos individuales y grupales y d) terapia ocupacional. Así como debe ser incluida la rehabilitación física: ya que es lo que predomina en los pacientes crónicos y agudos sin discriminar a nadie. 5.5.1. Asambleas de usuarios de cada unidad, organizada por un equipo de trabajo psiquiatría, psicología, rehabilitación y enfermería para conocer sus opiniones y sus necesidades. 5.7.1 El tratamiento que se utilizara será de enfoque bio-psico-social y estará de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos válidos y vigentes conforme a los estándares internacionales y con pleno respeto a los derechos humanos. 5.7.10 El comité multidisciplinario de internamiento ya fue mencionado que estará sumamente validado por la máxima autoridad, así como en pases de visita. Para eso existe el de Comité de Calidad y seguridad del paciente así como el de garantía de calidad. Lo mismo el de rehabilitación psicosocial. 8.1.2 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la promoción y mantenimientos de vínculos socio-afectivos con el personal de la institución, sus familiares, amistades y comunidad, para promover el proceso hacia su reintegración social. Retirar entre las y los usuarios (no a la promiscuidad) 9.7 Recibir calzado y vestido el cual debe ser higiénico, completo y apropiado en cuanto talla, edad y clima, que es responsabilidad del hospital proporcionarlo de acuerdo a las características que ellos determinen. Esto no favorece el estigma sino una organización estructural al usuario. 9.2 Comunicarse libremente con su médico tratante y los demás miembros del equipo intrahospitalario, tener acceso directo con el familiar en horas de visita favoreciendo la comunicación. Tendrá acceso al periódico, otras publicaciones libros, revistas, etc... 9.25 Con riesgo grave de accidentes para el paciente y los familiares descritos, un paciente no puede entrar y salir lo exponemos a riesgos severos en su seguridad. Los permisos terapéuticos otorgados por el médico tratante y con autorización y responsabilidad del familiar. Es importante limitar actividades del comité de apoyo para que no se inmiscuya a lo ya establecido por sistemas de indicadores y estándares. Muchos incisos describen la falta de seguridad del paciente otorgando muchas actividades controladas por el comité ciudadano. Restando valor a los psiquiatras de las instituciones, a todo un equipo de trabajo psicólogos, rehabilitadores, enfermería, trabajo social. NO debe permitir el acceso a otros psiquiatras que no pertenezcan al hospital teniendo acceso al paciente y sus expedientes, estos son documentos para uso exclusivos del hospital, dicha entrada sólo ha sido permitida por un psiquiatra externo para que valoren a un paciente derechohabiente del ISSSSTE, en mínimas o nulas asistencias.	
--	--

107	Apéndice Informativo A Encontramos ambigüedad y preocupación que se manifiesta en él: Apéndice Informativo A. Organización de los Comités ciudadanos de Apoyo en las unidades de Atención integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. Los Comités estarán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios. Funciones de los Comités ciudadanos de Apoyo. Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de las y/o los usuarios. Proponer cursos y programas de capacitación para el personal. Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos y presupuestarios relacionados con la Unidad, de conformidad con el establecido en la ley y en esta norma. ARGUMENTACION 9. Estamos totalmente en contra de la participación de los comités ciudadanos en la utilización de recursos, instalaciones y aspectos administrativos, ya que la experiencia nos dice que, sería la pérdida de las Institucionalidad Psiquiátrica e incluso nuestra Secretaria de Salud perdería su capacidad de organización. Es evidente como lo sustentamos que la Secretaria Técnica del consejo nacional de Salud mental a conformado Comités, Grupos de Presión para la misma Secretaria de Salud, de tal modo que se le ha brindado una posición en la misma estructura de la Secretaria de Salud. Seguramente sus comités no tienen interés lucrativo ni partidario, pero si le han permitido escalar en puestos de la administración pública, y aun así, seguir agrediendo a las diferentes dependencias de la secretaria de salud como la COFEPRIS, O A los servicios de atención psiquiátrica SAP, y toda vez que acude a nuestro Hospital a nosotros con su presencia amenazante. Pero todo con el objetivo de consolidar lo que para ella es la única opción de atención. En la NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica aun vigente, señala que los Comités "No intervendrán en la administración directa de los recursos de las unidades." En su Proyecto de Norma cambia ese panorama en una forma radical que se puede ver, es decir tendrían facultades sobre recursos, programas y los aspectos administrativos de la unidad. Debe continuar así, el Comité es de apoyo, no tendrá participación en el recurso, la infraestructura ni la administración de recursos humanos o financieros, continuara como apoyo. De otro modo se avecinan conflictos. Que en su momento enfrentaremos institucionalmente es decir, seguiremos las indicaciones de nuestra Secretaria de Salud y exigiremos el respeto ineludible a nuestras Condiciones Generales de Trabajo que solamente reconocen Trabajadores de Confianza y Trabajadores de Base. Los Comités están perfectamente regulados en la normatividad correspondiente. El comité ciudadano a apoyar, solamente.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, con la finalidad de dar mayor claridad a su contenido, el texto del Apéndice A Informativo, se modifica en los términos siguientes: Apéndice A Informativo. Organización de Comités Ciudadanos de Apoyo en las Unidades de Atención Integrales Hospitalaria Médico-Psiquiátricas - Se propone que los Comités se constituyan en términos de la legislación civil. En ningún caso deben tener fines lucrativos ni partidarios. - Estarán conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental, para garantizar su apoyo a las unidades de atención integral hospitalarias médico-psiquiátricas. - Se promoverá su participación, a través de un representante en el Comité de Ética y Vigilancia, en caso de que éste exista, de conformidad con las reglas de funcionamiento de dicho Comité. - Deberán observar la normativa de las unidades, guardando reserva de información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos, los médicos de los Comités Ciudadanos de Apoyo que hayan obtenido la autorización de la persona usuaria o de su representante legal y que, por tanto queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de las disposiciones aplicables. - Se considerarán las siguientes funciones de los Comités Ciudadanos de Apoyo: • Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de las personas usuarias. • Proponer acciones para la atención y la rehabilitación que en su caso complementen las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten a la persona usuaria. • Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de las personas usuarias. • Proponer cursos y programas de capacitación para el personal. • Gestionar y promover ante organismos nacionales o internacionales, o en su caso ante personas físicas o morales nacionales o extranjeras, el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo con que cuentan las unidades. • Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento incluyendo los expedientes clínicos de la unidad. • Denunciar ante las instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las unidades.
-----	--	---

108	COMENTARIO 10. Si observamos la Norma Para la Atención de la Hipertensión Arterial, observaremos cuantas Instituciones participaron, solo como un ejemplo burdo. Es necesario para la elaboración una Norma de esta importancia integrar a todas las instituciones y dependencias de la SECRETARIA DE SALUD 1.Subsecretaria de Innovación y Calidad 2.Dirección General de Calidad y Educación en Salud 3.Institutos y secretarías relacionados con la salud mental de la República Mexicana 4.instituto Mexicano del Seguro Social 5.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado 6.Dirección General de Sanidad Militar de la SEDENA 7.Dirección General Adjunta de Sanidad Naval de SEMAR 8.Los servicios médicos de Petróleos Mexicanos y Servicios Estatales de Salud 9.Instituto Nacional de Psiquiatría 10.Instituto Nacional de Pediatría 11.Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 12.El Instituto Nacional de Salud Pública 13.Hospital General de México 14.El Consejo Nacional contra las Adicciones 15.El Consejo Nacional de Salud Mental, y 16.Los Centros de Integración Juvenil 17. Comisión Coordinadora de Instituto Nacionales de Salud y Hospital y Hospitales de Alta Especialidades. 18. Comités de apoyo a múltiples enfermedades.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.
109	5.6.2 HÉCTOR MARCELINO FLORES HIDALGO. Apoderado Legal de la SOCIEDAD. DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA (HOSPITAL ESPAÑOL) ...considero pertinente mostrar la siguiente tabla informativa que muestra los requisitos establecidos por la NOM-025-SSA2-1994 vigente y el Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, para el <i>Ingreso Involuntario</i> de las y los usuarios a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario. Se elimina el Comité Multidisciplinario de conformidad con el artículo 88, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En lo que se refiere a la presencia del Ministerio Públicos, ésta se debe requerir posteriormente al internamiento.

NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA	PROY-NOM-025-SSA2-2012, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA
4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo	5.6.2 Ingreso involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). Se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la revisión integral de un comité multidisciplinario de internamiento, que incluya un diagnóstico psicológico, neurológico psiquiátrico y de aquellas especialidades
del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.	médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito.
Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.	En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario. La decisión del internamiento involuntario será tomada por la máxima autoridad presente en la unidad médica al momento que acuda la o el Usuario.

A. COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO DE INTERMIENTO

1.- Requerir la revisión integral de un Comité Multidisciplinario de Internamiento previo al ingreso de la o el usuario a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, constituye un menoscabo a la protección de la salud mental de aquél.

El paciente que ingresa a una Unidad Hospitalaria Médico-Psiquiátrica de forma involuntaria es debido a un padecimiento mental grave — previamente diagnosticado por un médico calificado—que de no tratarse a tiempo puede producir un grave peligro para su vida y seguridad no sólo de éste, sino también la de terceros.

Además, el ingreso a la Unidad es realizado a través de un familiar, tutor o representante legal que esté a cargo del propio paciente, quien debido a su incapacidad transitoria o permanente derivada del padecimiento mental que lo aqueja, se ve imposibilitado para requerir la atención médica-psiquiátrica por sí mismo.

Considero que la revisión previa por parte de un Comité Multidisciplinario de Internamiento para determinar si es o no factible el ingreso del paciente a la Unidad, resulta en una franca violación al derecho social consagrado en el artículo 4° de nuestra Ley Fundamental, relativa a que Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como a la Ley Reglamentaria de dicho precepto constitucional, es decir, la Ley General de Salud en particular el Capítulo VII sobre Salud Mental.

Si ese H. Comité realiza un estudio a los ordenamientos jurídicos antes citados, apreciará que ninguno de ellos establece como requisito **previo al ingreso** involuntario de un paciente a las Unidades de Atención Médico-Psiquiátrica, la revisión de su caso por un Comité Multidisciplinario de Internamiento.

Por el contrario, ambos ordenamientos señalan el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud tanto física y mental, el carácter prioritario en la prevención de las enfermedades mentales, y la obligatoriedad de su atención oportuna y adecuada por parte del personal de salud capacitado para tal efecto. 2. Considero que se hace una incorrecta interpretación del Principio 16 (Admisión Involuntaria) en particular en su párrafo segundo y el Principio 17 (El Órgano de Revisión) en particular los numerales 1 y 2, ambos contenidos en la Norma Internacional Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, concordantes con la Declaración realizada por nuestro país para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, el cual a la letra dice: PRINCIPIO 16. ADMISIÓN INVOLUNTARIA ... <u>2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un periodo breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención de la misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.</u> ... PRINCIPIO 17. EL ÓRGANO DE REVISIÓN 1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento. 2. <u>El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible DESPUÉS de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.</u> ... El Comité Multidisciplinario de Internamiento que el proyecto de NOM pretende constituir debe ser un órgano revisor que actúa DESPUÉS DE INGRESADO EL PACIENTE A LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICO PSIQUIÁTRICA, y quien dentro del término otorgado por la legislación nacional, determinará sin demora la procedencia de la admisión o retención del paciente en calidad de internamiento involuntario, pero no ANTES como pretende establecerse en el proyecto de NOM de mérito.	
---	--

La prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales son prioridad en nuestro sistema de salud tanto federal y local; por tanto, el Comité Multidisciplinario de Internamiento sólo funge como un órgano de revisión encargado de confirmar o rechazar la decisión del médico tratante de ingresar a su paciente de forma involuntaria a una Unidad de Atención Médico-Psiquiátrica, pero por ningún motivo este Comité está facultado para obstaculizar la atención médica-psiquiátrica que en estos casos son de extrema urgencia; aspecto que ese H. Comité Consultivo deberá tomar en consideración.

B. JERARQUÍA NORMATIVA

Nuestro Sistema Jurídico Mexicano — como otros sistemas jurídicos de otros países- goza de una jerarquía normativa, cuya cúspide o base es ocupada por la Constitución y los Tratados Internacionales — siempre y cuando los últimos no contravengan las disposiciones contenidas en aquélla-, seguido de las leyes federales, leyes locales, reglamentos, acuerdos, circulares, resoluciones, etcétera.

El contenido del numeral 5.6.2 del proyecto de NOM fue elaborado sin considerar el marco normativo superior a éste; es decir, la “regulación” que pretende hacerse respecto del internamiento involuntario no es acorde al previamente regulado por la Ley Fundamental, las leyes federales, locales e incluso los reglamentos.

Recordemos que las Normas Oficiales Mexicanas están por debajo de la Constitución, las leyes federales, las leyes locales y los reglamentos; por lo que las Normas Oficiales Mexicanas para que tengan plena validez, deben ser conforme a los ordenamientos superiores existentes dentro del sistema jurídico; de lo contrario, se traduce en normas que faltan al principio de subordinación y carentes de validez, toda vez que sus contenidos son contrarios a los previstos en los ordenamientos jurídicos superiores de los cuales éstas emanan.

Como establece la jurista Carla Huerta Ochoa, el objeto de las Normas Oficiales Mexicanas es regular cuestiones técnicas, establecer especificaciones técnicas de un alto grado de precisión para dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en los reglamentos o en la ley. Por lo mismo, su función no es ni puede ser la de reglamentar disposiciones de ley, no puede establecer obligaciones a los particulares, ni conceder derechos o permisos; solamente puede referirse obligaciones previstas en leyes y reglamentos y especificarlas.

Estas consideraciones deberá observar ese H. Consejo Consultivo, a efecto de emitir una Norma Oficial Mexicana vigente, y acorde a los contenidos de la normatividad superior a la cual se encuentra jerárquicamente supeditada.

C. OBSERVANCIA DE ORDENAMIENTOS LOCALES

Asimismo, la propuesta de “regulación” contenida en el numeral 5.6.2 no consideró la normatividad en materia de salud mental existente en las entidades federativas.

El Distrito Federal cuenta con la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, misma que en su capítulo VII Del internamiento, artículos 50 y 53 a la letra dice:

Artículo 50.- El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicio de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica podrá ser voluntaria, de emergencia o por orden de autoridad se ajustará a los procedimientos siguientes:

II. El ingreso de emergencia se presenta en el caso de personas con trastornos mentales severos que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario. Artículo 53.- Para los internamientos voluntarios, de emergencia o por orden de autoridad, los establecimientos deberán, dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de la persona usuaria, iniciar la evolución correspondiente para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el médico psiquiatra precisando si están dadas las condiciones para continuar con el internamiento. Ese H. Consejo Consultivo observará que el ordenamiento jurídico local, no contempla la figura de un Comité que revise el caso del paciente afectado por una enfermedad mental grave previo a su ingreso a la Unidad de Atención Médica-Psiquiátrica; por el contrario, se aprecia la obligatoriedad del director, responsable o encargado de la Unidad Médico-Psiquiátrica sea pública, social o privada, comunicar todo internamiento a los familiares del paciente o representante legal si 1 tuviere o bien a la persona designada por el paciente y al juez de la causa si correspondiente. Además, si el paciente es un menor de edad o el internamiento sea por orden de autoridad, se deberá informar de oficio al Ministerio Público. Lo anterior tiene sustento en el artículo 54 que a la letra dice: Artículo 54.- Todo internamiento debe ser comunicado por el directo, responsable o encargado del establecimiento sea público, social o privado a los familiares de la persona o representante legal si los tuviere, y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique. En caso de que sea un menor de edad o el internamiento sea por orden de autoridad, además se deberá informar de oficio al Ministerio Público. Ese H. Comité Consultivo deberá percatarse que el contenido del numeral 5.6.2 es contrario a los contenidos regulados por la ley local y que la NOM depende jerárquicamente de la misma; por lo que el contenido del numeral 5.6.2 deberá considerar las posibles legislaciones locales que en materia de salud mental cuenten las entidades federativas — como el Distrito Federal-, a efecto de lograr una Norma Oficial Mexicana vigente y congruente con la normatividad superior a la cual está jerárquicamente supeditada. D.MINISTERIO PÚBLICO La ausencia del Ministerio Público del actual proyecto de NOM es inadmisibles. El Derecho Mexicano además de concebir la institución del Ministerio Público como encargado de perseguir los delitos y de ejercitar la acción penal correspondiente — facultad consagrada por el propio artículo 21 de la Constitución- éste funge como representante de la sociedad; es decir, el Ministerio Público es una figura que interviene en procedimientos judiciales para la defensa de intereses sociales de ausentes, menores e incapacitados.	
---	--

Los pacientes que padecen un trastorno mental grave sufren de una incapacidad transitoria o permanente que inhibe su capacidad de ejercicio, es decir, el paciente no ejerce en plenitud su capacidad de ejercicio; por tanto, la presencia del Ministerio Público es importante porque les otorga una voz y defensa que por su estado de salud mental son incapaces de ejercer por sí mismos. Suprimir la figura del Ministerio Público del proyecto de NOM equivale contravenir el carácter de representación social otorgado por el propio sistema jurídico mexicano. La Institución del Ministerio Público está presente en la Ley Fundamental y demás ordenamientos jurídicos federales y locales emanados de aquélla; por lo que no deberá excluirse su participación en el proyecto de mérito. Considero necesario conservar la figura del Ministerio Público en el proyecto de NOM en los mismos términos a los establecidos por su antecesora, por ser conforme a derecho. E.INGRESO OBLIGATORIO En igual forma el proyecto de NOM deberá contemplar el Ingreso Obligatorio que se lleva a cabo cuando es solicitado por la autoridad competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico; por tanto, su inclusión es necesaria debido a su regulación en materia federal y local. F. PROPUESTA Constituir un Comité Multidisciplinario de Internamiento como un órgano encargado de revisar la procedencia de un internamiento involuntario una vez ingresado el paciente a la Unidad de Atención Médico-Psiquiátrica, otorgaría a los propios usuarios y personas que estén a cargo de su cuidado una mayor garantía de calidad en la atención médica psiquiátrica. Pero conformar un Comité que funja como un órgano revisor previo al ingreso del paciente a la Unidad de Atención Médico-Psiquiátrica, sólo obstaculizará la oportuna atención que este tipo de padecimientos requieren y ocasionando graves perjuicios a la salud de los pacientes. Asimismo, la normatividad internacional contempla la instalación de dichos Comités como órganos de revisión cuya actuación inicia a partir de la admisión del paciente a las Unidades de Atención Médico Psiquiátricas, no antes de su ingreso a las mismas. Por otro lado, la legislación nacional concede la revisión de los casos de internamiento involuntario a los médicos tratantes, autoridades y/ o encargados de las Unidades, así como a la figura del Ministerio Público y autoridades judiciales en su caso; aspectos que deberá considerar ese H. Comité Consultivo. Por otra parte la intervención del Ministerio Público es importante en este tipo de atenciones, es decir que debería continuarse con la instrucción de dar el aviso correspondiente. Asimismo, es totalmente inoperante lo señalado en el sentido de que el responsable del internamiento sería la máxima autoridad del Hospital, debiendo respetarse en todo momento el principio de libertad prescriptiva, siendo por tanto responsabilidad del médico tratante la orden correspondiente de internamiento.	
---	--

	Es necesario recordar que en nuestro país existe un serio déficit de establecimientos para la atención de ese tipo de pacientes, sobre todo en el ámbito privado, siendo incorrecto el establecer mayores procedimientos y restricciones para la atención necesaria de este tipo de pacientes. Parecería que nos estamos olvidando del problema grave que esto representa en nuestro país. En tal virtud, y al amparo de los comentarios expresados por el suscrito en el cuerpo de este escrito, a ese H. Comité Consultivo me permito realizar la siguiente propuesta de modificación como sigue: 5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). Se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. Una vez que ingrese el usuario a la Unidad de Atención Médico-Psiquiátrica, el médico tratante dará aviso al Comité Multidisciplinario, enviándole resumen clínico del caso, así como el plan de tratamiento, para que dentro del término de 24 horas determine si el internamiento es procedente o bien proponer otras alternativas de tratamiento adecuadas al caso particular del usuario. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario. El cambio de condición de ingreso del usuario deberá comunicarse al Comité Multidisciplinario por escrito. Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del establecimiento o en su caso a las autoridades judiciales cuando proceda, todo internamiento involuntario. 5.6.3 El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.	
110	CAP. NAV. SSN. MC. MIN. DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE SANIDAD NAVAVAL JORGE ANAYA ORTIZ SECRETARÍA DE MARINA 1. NO TIENE FECHA DE EMISION DE LA MISMA SOLO SE MENCIONA QUE SE DAN 60 DIAS NATURALES PARA LAS OBSERVACIONES QUE HUBIESE A LUGAR	Con fundamento en el artículo 47 fracción II de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, toda vez que el documento publicado fue un Proyecto, el cual se sometió al proceso de consulta pública del PROY-NOM-025-SSA2-2012, a efecto de cumplir con lo previsto en el artículo 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

111	2. EN EL APARTADO DENOMINADO PREFACIO APARECEN UNA SERIE DE INSTITUCIONES FUNDACIONES Y COMITES CIUDADANOS, SIN EMBARGO NO APARECE EL AVAL DE HABER PARTICIPADO EN LA CREACION DEL PRESENTE PROYECTO DE NORMA LA DE REPRESENTANTES DE LOS DIVERSOS SISTEMAS DE SALUD DE NUESTRO PAIS, ASI COMO DE INSTITUCIONES PRIVADAS QUE PROPORCIONAN ACTUALMENTE LA ATENCION MEDICO-PSIQUIATRA, LO CUAL ES FUNDAMENTAL PORQUE A ESTOS PRESTADORES DE SERVICIOS A QUIENES COMPETE DIRECTAMENTE LA OPERACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y CADA UNO DE ELLOS ESTA REGULADO POR LEYES PROPIAS, TAMPOCO SE INVOLUCRO A ORGANOS ACADEMICOS DE PSICOLOGOS, REHABILITADORES Y PSIQUIATRAS EN EL DESARROLLO DE ESTA NORMA; LO ANTERIOR ES NUEVAMENTE RELEVANTE EN VIRTUD DE SER ESTOS QUIENES APLICAN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS, DE CUIDADOS Y RESTAURACION DE LA SALUD MENTAL EN NUESTRO PAIS. POR LO ANTERIOR ES CONSIDERACION DEL SUSCRITO REPRESENTANTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL PAIS Y LOS ORGANOS ACADEMICOS DE PSICOLOGOS, PSIQUIATRAS, REHABILITADORES Y TRABAJADORES SOCIALES PARTICIPEN EN LA ELABORACION DE LA PRESENTE NORMA, ADEMAS POR SUPUESTO DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES INTERESADOS EN LA SALUD MENTAL. EN LA INTRODUCCION NO SE DESARROLLAN LOS ASPECTOS RELEVANTES DE CÓMO DEBERAN OPERAR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICO PSIQUIATRICA.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.
112	3. EN LA INTRODUCCION NO SE DESARROLLAN LOS ASPECTOS RELEVANTES DE CÓMO DEBERAN OPERAR LOS SERVICIOS DE ATENCION MÉDICO PSIQUIATRICA.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, de conformidad con el punto 3.2.2, de la NMX-Z-013/1-1977, que señala que la introducción es un elemento opcional orientado a especificar el propósito que se desea obtener mediante la normalización considerada o a dar cualquier información que se requiera para el entendimiento de la norma mientras que, la propuesta del promovente constituye el contenido técnico del Instrumento y por ello no forma parte de la introducción.
113	4. SON CLAROS Y ESPECIFICOS.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque no se advierte considera una propuesta específica de modificación a la norma.

114	5. EN EL APARTADO DE DEFINICIONES DESTACA LO SIGUIENTE: EN EL INCISO 4.1.1 SE DEFINE A UN ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO SIN EMBARGO EN EL RESTO DE LA NORMA NO ESPECIFICA EN QUE MOMENTO EL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO SE INSERTA EN LA ATENCION MEDICA PROPORCIONADA MEDICO —PSQUIATRICA, ADEMAS LA PRESENTE NORMA ESTA DIRIGIDA A NORMALIZAR DICHA ATENCION POR LO QUE UN ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO EXCEDE LOS ALCANCES DE LA PRESENTE NORMA, PARECE MAS BIEN QUE EL SENTIDO DE CÓMO SE ESCRIBIO ES EL DE MODIFICARSE TODO EL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD MENTAL. POR LO ANTERIOR NO ES TRASCENDENTE DEFINIR AL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO. EN EL INCISO 4.1.2 LAS ASAMBLEAS PROPUESTAS EL TERMINO USUARIOS DEFINE TANTO A HOMBRES Y MUJERES; LA PALABRA USUARIAS NO EXISTE EN EL DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. POR OTRO LADO ESTO SOLO ES APLICABLE A PERSONAL DERECHOHABIENTE, EL EFECTUAR ASAMBLEAS DE USUARIOS LOS CUALES ESTEN ENVESTIDOS DE UNA JERARQUÍA MILITAR Y EN SERVICIO ACTIVO EN LA ARMADA DE MEXICO TRANSGREDE LA LEY DE DISCIPLINA DE LA ARMADA DE MEXICO, CONSIDERANDO QUE LAS LEYES DEBERAN SER OBSERVADAS POR SOBRE LAS NORMAS; INCISO 4.1.4. ES NECESARIO DEFINIR QUE TIPO DE RECURSOS TERAPEUTICOS DEBERAN SER EMPLEADOS POR EL PERSONAL DE PSICOLOGIA, YA QUE EXISTEN A NIVEL MUNDIAL UN SINFIN DE ESTOS RECURSOS EN SU GRAN MAYORIA SIN NINGUNA EVIDENCIA CIENTIFICA DE SUS EFECTIVIDAD POR LO QUE LO QUE DICHS RECURSOS A QUE HACE REFERNCIA ESTA NORMA DEBERAN SER AVALADOS POR INVESTIGACION CIENTIFICA CON UN ADECUADO NIVEL DE EVIDENCIA. DESDE EL INCISO 4.1.5 HASTA EL INCISO 4.1.7 MAS LOS INCISOS 4.1.10, 4.1.17, 4.1.18, 4.1.26, 4.1.28. 4.1.33 NO SON APLICABLES AL SISTEMA DE SANIDAD NAVAL POR QUE PREVIAMENTE SE DEBERIA MODIFICAR LA LEY DEL ISSFAM, ADEMAS QUE SOLO ESTAN LOCALIZADAS A PROBLEMAS DE TIPO ESQUIZOFRENERICO Y BIPOLAR, DICHS PADECIMIENTOS REPRESENTAN UNA PREVALENCIA MUY BAJA EN NUESTRA INSTITUCION SIENDO LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS, LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION LOS MAS PREVALENTES Y QUE EN EL SENTIDO AMPLIO DE LA ATENCION QUE SE LES PROPORCIONA EN ESTA INSTITUCION EL MODELO DE ATENCION ABARCA LOS ASPECTOS BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES. EN EL INCISO 4.1.11. NUEVAMENTE ESTE PLANTEAMIENTO EXCEDE LOS OBJETIVOS DE LA PRESENTE NORMA QUE ES LA DE NORMALIZAR LA ATENCION MEDICO PSIQUIATRICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SE TRASLAPA CON FUNCIONES DE SALUD PUBLICA. EN EL INCISO 4.1.2.1. SE DEFINE UN MODELO DE ATENCION QUE NO VUELVE A RETOMARSE A LO LARGO DE LA NORMA Y QUE NO HA SIDO APLICADO DE MANERA UNIVERSAL EN LOS SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR LO QUE NUEVAMENTE ESTA DEFINICION ESTA DEMAS EN LA PRESENTE NORMA. EN EL INCISO 4.1.29. DICE: "...SUS MANIFESTACIONES SUELEN SER COMPORTAMENTALES, PSICOLOGICAS O BIOLOGICAS..." DEBERIA DECIR: "SUS MANIFESTACIONES SUELEN SER COMPORTAMENTALES, PSICOLOGICAS, BIOLOGICAS Y SOCIALES.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario en razón de que: A. Las asambleas son un dispositivo imprescindible para los objetivos de respeto a los derechos humanos al interior del hospital. B. El término usuarios/as es ya ocupado en documentos internacionales de la Organización Mundial de la Salud. C. Se mantienen las definiciones previstas en los puntos 4.1.5, 4.1.7, 4.1.10, 4.1.17, 4.1.18, 4.1.26, 4.1.28. y 4.1.33 del Proyecto, por ser necesarias en el Sistema Nacional de Salud.
-----	--	--

115	6. EN EL APARTADO DE ABREVIATURAS LAS DE LOS INCISO 4.2.2 Y 4.2.3 NO CORRESPONDEN AL SISTEMA DE ATENCION DE LA SECRETARIA DE MARINA, POR LO QUE SE INSISTE EN LA NECESIDAD QUE PERSONAL DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD PARTICIPEN EN LA MODIFICACION DE ESTA NORMA.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.2 Abreviaturas: 4.2.1 CIE 10: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud vigente.
116	7. GENERALES: EN EL INCISO 5.3.10.2 SUBINCISOS E), F) SON FACULTADES DEL MEDICO PSQUIATRA TRATANTE EN MUTUO ACUERDO CON EL PACIENTE, YA QUE ESTA SON INHERENTES AL ACTO MEDICO, POR LO TANTO ES EL MEDICO PSQUIATRA EL RESPONSABLE SANITARIO DE DICHOS PROCESOS.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario. Se rechaza acotar la atención del Área de Psicología a la responsabilidad de un médico psiquiatra toda vez que no se advierte, un sustento técnico para dicha consideración por lo tanto, se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos y f) alta de usuarios/as.
117	8. LOS INCISOS 5.5.1 Y 5.5.2 TRANSGREDEN LA LEY DE DISCIPLINA DE LA ARMADA DE MEXICO POR LO TANTO NO SON APLICABLES A INSTALACIONES MILITARES QUE ES LA INVESTIDURA QUE SU SITUACION ORGANICA CORRESPONDE A LOS HOSPITALES NAVALES.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque las asambleas son un dispositivo imprescindible para los objetivos de protección a los derechos humanos al interior del hospital.
118	9. EN EL INCISO 5.6.2 CONSIDERO QUE COMO ESTA PLANTEADO EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN LA NORMA VIGENTE ES MAS ADECUADA A LA REALIDAD CLINICA COTIDIANA, POR LO TANTO CONSIDERO QUE DEBE PERMANECER SIN CAMBIOS. POR OTRO LADO EN LOS HOSPITALES GENERALES QUIEN ESTA ENVESTIDO COMO MAXIMA AUTORIDAD AL MOMENTO DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO SUELEN SER MEDICOS NO RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL Y POR LO TANTO DESCONOCEN LOS ASPECTOS CLINICOS QUE LLEVEN AL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE UN PACIENTE.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.
119	10. EN EL INCISO 5.7.1. EL ENFOQUE DEBE DE SER BIO-PSICO-SOCIAL DE ACUERDO A LA DEFINICION DE LA OMS DE LO QUE ES LA SALUD Y NO SOLO PSICOSOCIAL COMO ESTA PLANTEADO.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.7.1 El tratamiento que se utilizará será de enfoque biopsicosocial y estará de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos válidos y vigentes conforme a los estándares internacionales y con pleno respeto a los derechos humanos.
120	11. EN EL INCISO 5.7.2. LA AGRESIVIDAD DIRIGIDA A TERCEROS CON LA INTENCION HOMICIDA Y/O DE LESIONAR DEBE SER INCLUIDA COMO UNA CAUSA DE USO DE CONTROL DE ESTE TIPO DE CONDUCTAS POR MEDIOS FARMACOLOGICOS.	Con fundamento en el artículo 47 fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque el uso del medicamento para controlar la intención homicida o de lesionar, es un manejo terapéutico y como tal, debe ser indicado por un especialista e indicado en el expediente.

121	12. EN LOS INCISOS 5.7.10.9. NO CORRESPONDE CON LA ORGANICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA PROPORCIONADOS POR LOS DIFERENTES SISTEMAS NACIONALES DE SALUD; UN INTERNAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO CREA CONFUSION SOBRE QUIEN ES EL RESPONSABLE SANITARIO DE LA ATENCION DE UN PERSONA CON UN PROBLEMA MEDICO —PSIQUIATRICO, SIN EMBARGO EL MEDICO PSIQUIATRA ANTES DE CONSIDERAR QUE EL MOTIVO DE INTERNAMIENTO YA SEA VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO ES DE SU COMPETENCIA DEBERÁ DESCARTAR RAZONABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE SITUACIONES MEDICAS NO PSIQUIATRICAS PARA DECIDIR EL INTERNAMIENTO.	Se acepta el comentario y se elimina la integración del comité hospitalario multidisciplinario de internamiento, por lo que se recorre la numeración, para quedar como sigue: 5.7.10.9 Derechos humanos, no discriminación y equidad de género; 5.7.10.10 Rehabilitación psicosocial, y 5.7.10.11 Ciudadano de apoyo.
122	13.- EN EL INCISO 5.7.10.12. ANTES DE SER APLICABLE DEBERA MODIFICARSE LA LEY DEL ISSFAM POR LO TANTO NO ES APLICABLE EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD, SE REQUIERE LA PARTICIPACION EN LA REDACCION DE LA PRESENTE NORMA DE LOS REPRESENTANTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD A LOS CUALES LES AFECTA LA APLICACIÓN DE LA NORMA """""".	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, en razón de que conforme al punto 7.10, de la norma, se debe promover la integración, entre otros, del comité a que se refiere el punto de mérito, lo que en todos los casos se hará en apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Por lo que por las razones señaladas en el comentario dicho comité no sería aplicable para el ISSFAM.
123	ESTEBAN BRAHAM 5.6.2 - Ingreso involuntario solo de 10 días naturales, después de eso se le da a firmar el ingreso voluntario para continuar con la hospitalización: 10 días me parecen muy pocos para algunos pacientes, ya que cada paciente tiene una evolución diferente y no podemos estandarizar la evolución de esa manera, además de que los medicamentos tardan incluso hasta un mes para obtener respuesta clínica o en el caso de los antidepresivos hasta 3 semanas. En el caso de un paciente con depresión con ideación suicida 10 días no son suficientes para ver una mejoría y cuando se le da a firmar el ingreso voluntario difícilmente aceptará quedarse mas tiempo. En el caso del paciente psicótico es parecido y ni hablar del paciente adicto.	Se acepta y se modifica la redacción para quedar como sigue: 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento, quien está obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.
124	9.26 - Se prohíben los aislados de cualquier tipo: ¿Como manejaremos al paciente agitado? Es fácil para los ejecutivos hablar de derechos humanos pero la realidad de las cosas es que no han estado cara a cara con un paciente agitado o agresivo, es fácil hablar de los derechos de los pacientes pero no están incluyendo en la norma los derechos de los trabajadores de la salud mental, y para comenzar tenemos derecho a tener un ambiente de trabajo seguro.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el tratamiento farmacológico y manejo conductual responden efectivamente a la agitación psicomotriz del paciente.
125	CUERPO DIRECTIVO DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO”, POR CONDUCTO DE SU DIRECTOR DR. CÉSAR JAVIER BAÑUELOS ARZAC - dada la relevancia de un documento regulador como el que se comenta, se considera que previamente debe de existir una discusión amplia y suficiente en la que participen todas las instituciones de salud mental públicas y privadas así como de las Universidades encargadas de la formación de recursos humanos para la salud,	Se acepta el comentario, dado que conforme a lo dispuesto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el proceso de consulta pública del Proyecto de esta norma y el documento de respuesta a comentarios, dan cuenta de la discusión amplia y suficiente de la norma, toda vez que en dicho proceso cualquier persona tiene garantizado su derecho a participar en la modificación al Proyecto de Norma, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de noviembre de 2012. No se modifica ninguna redacción, porque no se formula una propuesta de modificación al Proyecto.

126	- tomando en cuenta la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental, su Reglamento e Institución específica, que otras cosas, contempla la protección de datos personales clasificados como información reservada y confidencial, el acceso al expediente clínico debe ser cuidadosamente analizado y discutido con el objeto de impedir el uso discrecional de sus contenidos, con afectación de los intereses del paciente o usuario del servicio y sus derechos humanos.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque en los puntos 5.7.3, 9.13 y en el Apéndice A Informativo, ya se contempla la confidencialidad del paciente y los casos en que se puede acceder a su expediente.
127	- la información administrativa de toda índole (contable, presupuestal; etcétera) es objeto de una considerable y suficiente observación y revisión por parte de instancias fiscalizadoras legalmente constituidas para tales fines, es decir, existe un proceso muy bien establecido de rendición de cuentas periódico hacia instancia gubernamentales (Dirección General Adjunta de los Servicios de Atención Psiquiátrica, Órgano Interno de Control; etcétera) de tal modo que una revisión adicional solo contribuiría a procesar repetitivamente los datos, situación prevista por el Manual Administrativo para el Control interno , por lo que procesos administrativos a nuevas revisiones.	Con fundamento en el artículo 47 fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el comité ciudadano tiene acceso a información, pero no se otorgan facultades de fiscalización.
128	- Los Comités de Apoyo del Hospital de Psiquiatría "Dr. Samuel Ramírez Moreno" se encuentran debidamente integrados por profesionales de reconocida capacidad que integran el campo de la salud mental (psiquiatría rehabilitación psicosocial, trabajo social, enfermería) establecidos oportunamente, en funciones y cuenta incluso con un Comité Hospitalario de Bioética y Derechos Humanos, reconocido por el Centro Nacional de Bioética.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque no se advierte una propuesta de modificación a la Norma.
129	- Unánimemente (sic) consideramos que la notificación de Ingreso involuntario al Ministerio Público DEBE continuar, debido a que constituye una acción que delimita responsabilidades y facilita la integración del grupo familiar de referencia al tratamiento del caso individual, desalentando de manera directa y legal el abandono de persona, fenómeno ampliamente conocido y vivido en esta institución. Asimismo, se propone formalmente la regulación del tránsito del modo de Consentimiento Informado tipo II INVOLUNTARIO al tipo I VOLUNTARIO cuando a juicio del personal profesional de la de la institución haya condiciones de recuperación biopsicosocial estable y suficiente en la persona afectada.	Se acepta el comentario y se modifican las redacciones de los puntos 5.6.1 y 5.6.2, para quedar como sigue: 5.6.1 Ingreso Voluntario. Se requiere la solicitud firmada de la persona usuaria, y la indicación del personal profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal. 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.

130	- se reconoce la importancia que tiene la existencia de diferentes modelos de atención dado que sus aportaciones permiten crear y aplicar mejores bases que sin duda contribuyen mejor a ofrecer mayores y mejores resultados, especialmente en el campo de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental en contraposición de un modelo 'único rector. Como ejemplo de lo que antecede, me permito citar la condición ANÓMICA de numerosos pacientes, no atendida y en situación de abandono e institucionalización prolongada, que muy recientemente fuera resuelta por los trabajadores del Hospital, que tras un largo proceso de gestiones intersectoriales culminó en la asignación de identidad jurídica a un total de 40 pacientes (previsto en el art. 7 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre).	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.
131	- Por último, estamos convencidos de que la apertura (en vez de su cierre) de un nuevo periodo de intercambio y discusión profunda mejoraría el escenario del resultado final buscado, que es, precisamente la mejora gradual de la calidad de los procesos de atención, centrados en la promoción, difusión y protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental así como el combate frontal a la estigmatización y discriminación existentes.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, toda vez que el proceso de consulta pública del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-025-SSA2-2012 cumplió con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
132	DR. VICTOR MANUEL GUIZA ...estoy preocupado por el contenido de la misma, ya que desde el grupo que participó en la elaboración de la misma, es limitado dejando fuera a otros actores que podrían haberla enriquecido, (Asociaciones Psiquiátricas, Colegios de psiquiatras, CIJ; etc.) por lo que es muy parcial y tendenciosa su participación. En gran parte de la norma se encuentran definiciones, al parecer operacionales, en ocasiones poco claras y preocupantes como ejemplo: 4.1.5 Banco de Reforzadores o Tienda Básica de Abasto: Al (sic) parecer se trata de habilitarlos como comerciantes y que en cada Institución Psiquiátrica se instale, no entiendo el objetivo ya que hay otras intervenciones que les ayude en su autonomía. o lo de "Extrema Urgencia Psiquiátrica" Etc. Insisten en llamar a los pacientes," usuarios," como si fuera algo peyorativo, si fuera el caso en toda la medicina tendría que haber el cambio del termino. Llama la atención que el "Modelo Hidalgo" se defina como el órgano rector de las políticas públicas en materia de Salud Mental, no veo como se atenderá con este "Modelo" a la depresión, Suicidios, Violencia, Adicciones etc.etc.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque lo relativo a la tienda es parte del programa integral de rehabilitación psicosocial. El Modelo Hidalgo contempla todos los niveles de atención. El término usuario es usado y aceptado en documentos internacionales de Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, tales como: Empoderamiento del Usuario de Salud Mental. Declaración de la Oficina Regional de Europa para la OMS 2010, WHO- AIMS reportes mundiales, regionales y por país de los sistemas de salud mental, entre otros. Finalmente, en el proceso de consulta previsto en el artículo 47, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización cualquier persona, tiene garantizado su derecho a participar en la modificación a la norma vigente.
133	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 3. Referencias 3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2- 2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Propuesta de Modificación 3.17 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005-SSA2-2405. Violencia familiar sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Comentarios El punto 3.10 es el mismo que el 3.17	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

134	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad. Propuesta de Modificación 4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero (a), guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, considerando la perspectiva de género, para quedar como sigue: 4.1.1. Acompañante terapéutico: al personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la persona usuaria, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los servicios de atención en salud mental. Su función es la de compañero/a, guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.
135	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 4.1 6 Casas de Medio Camino: Espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas, en las que las y los usuarios tienen libre acceso. No pertenecen ni forman parte de la estructura de atención médica y cuentan con la figura de acompañante terapéutico. El tiempo de estancia de las y los usuarios en estos espacios no tiene una vigencia definida, se realizarán acuerdos con ellos, según su evolución. A través de las casas de medio camino se favorece la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico, apoyando al usuario con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos. Comentarios Definir si las casas de medio camino forman parte de la estructura de atención médica, ya que señala que no pertenecen, ni forma parte de la estructura de la atención médica y en el mismo apartado refiere que se favorece la continuidad del tratamiento médico psiquiátrico a través de la consulta psiquiátrica general y estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos. (?)	Se acepta el comentario, adicionando el texto: “<i>en cualquier unidad de servicios de salud pública</i>”. Se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.7 Casas de Medio Camino o Residencias Comunitarias: a los espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas en cualquier unidad de servicios de salud pública, en las que las personas usuarias tienen libre acceso. No pertenecen ni forman parte de la estructura de atención médica y cuentan con la figura de acompañante terapéutico. El tiempo de estancia de las personas usuarias en estos espacios se acuerda con las mismas, tomando en cuenta su evolución. A través de las casas de medio camino se favorece la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico, apoyando a las personas usuarias con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos.
136	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 4.1.7 Centro de Día: Espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por enfermeros psiquiátricos, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada usuario. Los periodos de permanencia de las y los usuarios pueden variar dependiendo de cada caso.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, considerando un adecuado uso de la perspectiva de género, para quedar como sigue: 4.1.8 Centro de Día: al espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por personal de enfermería psiquiátrica, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada persona usuaria. Los periodos de permanencia de las personas usuarias pueden variar dependiendo de cada caso.

	Comentarios 4.1.7 Centro de Día: Espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por enfermeros (H psiquiátricos (as), acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada usuario. Los periodos de permanencia de las y los usuarios pueden variar dependiendo de cada caso.	
137	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 4.1.14 Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Servicios básicos auxiliares de diagnóstico que coadyuven en el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Se consideran como exámenes de laboratorio básicos a la biometría hemática, la química sanguínea, el examen general de orina, el perfil tiroideo básico y amplio y la detección de drogas en orina. Propuesta de Modificación 4.1.14 Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Servicios básicos auxiliares de diagnóstico que coadyuven en el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Se consideran como exámenes de laboratorio básicos a la biometría hemática, la química sanguínea, el examen general de orina, el perfil tiroideo básico y amplio, y la detección de drogas en orina y la detección de drogas en orina pruebas antidoping y otras que a juicio del médico tratante sean necesarias.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.17 Exámenes de Laboratorio: a los servicios básicos auxiliares de diagnóstico que, coadyuven a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Estos pueden incluir exámenes de laboratorio básicos como: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo básico y amplio, y pruebas antidoping y otras que a juicio del médico tratante sean necesarias.
138	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 4.1.16 Extrema Urgencia Psiquiátrica: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; incluye: Intento de suicidio (autolesiones intencionadas, como envenenamiento o daño autoinfligido X60-X80 del CIE-10), ideación suicida, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones. Propuesta de Modificación 4.1.16 Extrema Urgencia Psiquiátrica: Paciente que presenta una situación que amenaza la su vida, integridad física y de otras personas, o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe atención médica psiquiátrica inmediata; incluye: Intento de suicidio (autolesiones intencionadas, como envenenamiento o daño autoinfligido X60-X80 del CIE-10), ideación suicida, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones. Cuadros psicóticos agudos.	Se acepta el sentido del comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.36 Urgencia Psiquiátrica: al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.
139	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 5.3.10.1 Área Médica: las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial, y g) referencias y contrarreferencias a servicios como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977 Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque el área médica incluye otras especialidades. El director no necesariamente debe de ser psiquiatra sin embargo, sí debe ser estar capacitado en administración de hospitales o en salud pública.

	Propuesta de Modificación 5.3.10.1 Área Médica Psiquiátrica: las siguientes actividades dependen del tipo de unidad específica a la que se haga referencia: a) manejo de urgencias; b) consulta externa; c) hospitalización; d) admisión hospitalaria; e) rehabilitación física; f) rehabilitación psicosocial, y g) referencias y contrarreferencias a servicios como atención al embarazo, parto o puerperio; a la planificación familiar y atención a la violencia familiar. Comentarios Considero necesario normar que el Director (a) sea psiquiatra con capacitación en la administración de hospitales.	
140	NOM-025-SSA2-2012, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos; f) alta de usuarios (as), y g) actividades deportivas, sociales y culturales. Propuesta de Modificación 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos; f) alta de usuarios, y g) actividades deportivas, sociales y culturales. Comentarios Las altas de los pacientes deben ser otorgadas por el médico psiquiatra responsable del caso y de acuerdo con el equipo terapéutico.	Se acepta parcialmente el comentario y considerando un adecuado uso de la perspectiva de género, se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos y f) alta de usuarios/as.
141	DIANA SHEINBAUM LERNER DIRECTORA DE DOCUMENTA, ANÁLISIS Y ACCIÓN PARA LA JUSTICIA SOCIAL, A.C. COMENTARIOS GENERALES Dada la importancia del tema de la atención a la salud mental en nuestro país y la necesidad de modificar la legislación y normatividad actual para responder a los nuevos principios y preceptos vertidos en los tratados e instrumentos internacionales en la materia, consideramos que es fundamental no sólo actualizar la Norma Oficial 025, sino también modificar la Ley General de Salud a fin de que nuestro país cuente con una Ley de Salud Mental como sucede en otros países del continente, por ejemplo, la República de Argentina. La actualización de esta norma exige una modificación de fondo y no sólo de forma. En el presente proyecto gran parte del contenido se mantiene igual al de la norma precedente de 1994. En estas casi dos décadas la perspectiva sobre la salud mental se ha modificado enormemente y esos cambios no están reflejados en el proyecto que es objeto de estos comentarios. Es de hacer notar que el este proyecto no hace referencia a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este valioso instrumento ratificado por nuestro país en 2007 debe constituirse en una guía fundamental dado que incorpora la perspectiva del respeto a los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, entre ellas, las que sufren de algún trastorno mental que requiere de atención médico-psiquiátrica.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, debido a la situación actual de los hospitales psiquiátricos, es necesario contar con una Norma específica que permita delimitar el funcionamiento de dichos hospitales sobre todo en el ámbito del respeto a los derechos humanos. Posteriormente se puede elaborar una norma oficial mexicana, para todos los servicios que conforman la red de salud mental

	La reforma de la normatividad nacional debe ajustarse a las disposiciones de las normas internacionales a fin de que el gobierno pueda cumplir con sus obligaciones para con las personas con discapacidad mental en respeto de los derechos humanos consagrados internacionalmente. Esta Convención, como otros tratados internacionales, tiene una clara orientación desinstitucionalizadora, misma que es dejada de lado en el presente proyecto. En ese sentido consideramos que esta propuesta de actualización de la norma no responde a las responsabilidades que México adquirió al momento de ratificar dichos tratados. Por el contrario, este proyecto constituye una propuesta anacrónica que sigue identificando a las unidades hospitalarias médico-psiquiátricas como el eje de atención a los pacientes con alguna afectación en su salud mental. La Convención establece claramente que la atención debe ser comunitaria, participativa e integral. Nos preocupa en particular la ausencia en este proyecto de Norma de contenidos que aborden el tema de la salud mental y la impartición de justicia. En muchas ocasiones las personas con discapacidad mental quedan privadas de libertad durante periodos prolongados de tiempo y sin proceso judicial previo. Así, consideramos que esta norma (sic) debe suministrar información sobre la internación en hospitales psiquiátricos por parte de la autoridad judicial, las medidas tomadas para prevenir los malos tratos en este ámbito, (sic) las posibilidades de apelación de que disponen las personas internadas en una institución (sic) psiquiátrica y todas las demandas registradas durante el periodo de la notificación. Dada la relevancia del tema consideramos que debe incorporarse un apartado que aborde este tema y que dentro del mismo haga referencia a las personas con trastornos mentales que son sometidas a un proceso penal. La capacidad jurídica y el acceso a la justicia (Artículos 12 y 13 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad) deben ser integrados si se busca hacer una Norma que responda a las obligaciones del Estado Mexicano en torno a la salud mental.	
142	COMENTARIOS ESPECÍFICOS TÍTULO Tal vez uno de los aspectos más relevantes sería modificar el título de la misma norma dado que el actual sigue situando al hospital psiquiátrico como eje de atención de la salud mental. En ese sentido se propone que la nueva norma se titule Norma Oficial Mexicana para la presentación de los servicios de salud mental en unidades de atención integral. Con este nuevo nombre no se limita los servicios de salud a aquellos que son ofrecidos por las unidades hospitalarias médico-psiquiátricas.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, debido a la situación actual de los hospitales psiquiátricos, es necesario continuar con una norma específica que permita delimitar el funcionamiento de dichos hospitales, sobre todo en el ámbito del respeto a los derechos humanos. Posteriormente se puede elaborar una norma oficial mexicana, para todos los servicios que conforman la red de salud mental.
143	CONSIDERANDO Se debe incluir la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: Que de acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, así como la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, de fecha 12 de octubre de 2006, el Consenso de Panamá (OMS/OPS 2010) y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS/OPS),” que en conjunto guardan congruencia con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006);

144	PREFACIO La reforma a la Norma 025-1994 debe ser un proyecto colectivo en el que tengan una participación activa las organizaciones civiles que están formadas por personas con trastornos mentales o que trabajan en beneficio de los mismos. Existen muchas otras organizaciones, además de las ya citadas, que deberían formar parte de la elaboración de esta actualización.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: PREFACIO En la elaboración de esta Norma participaron: SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Servicios de Atención Psiquiátrica. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. SECRETARÍA DE MARINA. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. COMITÉ EJECUTIVO SECCIONAL NÚMERO 91 DEL COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN REPRESENTACIÓN DE LA BASE TRABAJADORA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO". FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES I.A.P. COMITÉ CIUDADANO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JOSÉ SÁYAGO I.A.P. FUNDACIÓN DIGNIDAD I.A.P. COMITÉ CIUDADANO DEL HOSPITAL SAMUEL RAMÍREZ MORENO I.A.P. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C. COLEGIO NACIONAL DE PSIQUIÁTRAS, A.C. ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, "VOZ PRO SALUD MENTAL".
145	INTRODUCCIÓN Se debe incluir la perspectiva de género y de grupos en especial situación de vulnerabilidad.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 0. Introducción. Los esquemas de atención médica para las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia y de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de dichos padecimientos, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención. Una característica fundamental de este cambio, es la necesidad de la reinserción social de la persona que vive afectada por algún trastorno mental o del comportamiento al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la promoción de programas comunitarios como los descritos en el Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018: Modelo Miguel Hidalgo; hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, de género y de grupos en especial situación de vulnerabilidad de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

146	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS Nos parece necesario incluir otros conceptos que son especialmente relevantes en el tema de la salud mental. Entre ellos: Discapacidad mental Discapacidad psico-social Ajustes razonables Salvaguardas necesarias Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Asimismo, es necesario hablar sobre las obligaciones del Estado respecto del derecho a la Salud (sic), e incluir términos tales como: Accesibilidad Disponibilidad Progresividad Adaptabilidad Servicio y tratamiento adecuado y efectivo	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario y con base en los conceptos sugeridos, se adicionan las siguientes definiciones, para quedar como sigue: 4.1.24 Paseos Terapéuticos: a las actividades de rehabilitación psicosocial que implican un paso trascendental para la reinserción del usuario/a hospitalizado a la comunidad. Le permite prestar una mirada al entorno, mezclarse en la comunidad y hacer actividades que parecieran ser cotidianas para la mayoría de la gente, pero que para la persona usuaria que ha perdido contacto con el exterior resultan extraordinarias. Las personas usuarias pueden aprender, reaprender o recordar diversas cosas que utilizarán cuando habiten nuevamente en la comunidad y se conviertan en miembros activos y participantes. En este sentido, los paseos terapéuticos son una experiencia en la cual las personas usuarias pueden vivir al interior de la comunidad y visualizar su egreso del hospital. Son salidas del hospital en distintas modalidades, por ejemplo: visitas cortas a su domicilio, salir de compras a lugares cercanos, paseos a centros recreativos, incluso viajes. Las mismas pueden llevarse a cabo en grupo o de manera individual, el hospital se hace cargo de todos los gastos, aunado a que las personas usuarias llevan un apoyo para sus compras. 4.1.32 Terapia Ocupacional: al conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.
147	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Deberá establecerse que el tratamiento farmacológico tendrá como regla general el que sea necesario el consentimiento previo e informado de la persona o de sus familiares cuando ésta no pueda hacerlo por su propia situación, salvo casos de extrema gravedad y urgencia. En todo caso se debe favorecer como parte del tratamiento (farmacológico, psicológico, psico-social, etc.) la capacitación y fortalecimiento de las capacidades para la vida y la función e integración a la comunidad, teniendo como eje rector el derecho de las personas y en especial de aquellas con discapacidad mental a una vida autónoma e independiente.	Con fundamento en el artículo 47 fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque todo tratamiento médico debe contar con el consentimiento informado del paciente o cuando éste no pueda otorgarlo, de sus familiares, tutor/a o de sus representantes legales.
148	ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS Y DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL En las actividades terapéuticas y, sobre todo, en las actividades de rehabilitación psico-social se debe buscar la construcción y fortalecimiento de las capacidades para la vida y la función e integración a la comunidad, teniendo como eje rector el derecho de las personas y en especial de aquellas con discapacidad mental a una vida autónoma e independiente.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma

149	DR. ERNESTO SALGADO SIFUENES 1.- Desde la Introducción. No se contempla el Servicio de Hospitalización continua ni de Urgencias para pacientes agudos o de padecimientos crónicos agudizados con diagnósticos de alto grado de complejidad; ni de pacientes graves que representan un riesgo para sí mismos y quienes le rodean o que no responden con ningún tipo de terapéutica actual, así como de los pacientes que por su deterioro o gravedad del padecimientos; no son candidatos a la reinserción social, y requerirán dada su gravedad la hospitalización continua.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque las consideraciones que menciona el promotor ya se encuentran contenidas en el punto 5.3.7 de la norma.
150	2.-No hay conflicto Jurídico entre Constitución y Leyes (de mayor jerarquía); con las que no lo son (Normas oficiales) de menor jerarquía. ¿Por qué no incluir los artículos de la LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE (ultima modificación en el DOF de marzo 2012) Artículo 33.- Las actividades de atención médica son: a I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; I. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento Y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Recordando que el diagnóstico se encuentra ya implícito en las actividades de curativas de la citada Ley y es redundante consignarlo como categoría aparte e incluso dejar esa importante responsabilidad en el personal (NO ESPECIFICADO) citado abajo: Lo anterior en relación a lo señalado en las disposiciones generales mencionadas en el proyecto: 5. Disposiciones generales 5.1 Son actividades inherentes al personal de las unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica las siguientes: 5.1.1 De diagnóstico. 5.1.2 De promoción de la Salud. 5.1.3 Preventivas. 5.1.4 Terapéuticas. 5.1.5 De rehabilitación. 5.1.6 De enseñanza y capacitación. 5.1.7 De investigación científica. ¿SE ENTENDERÍA ENTONCES QUE LA RESPONSABILIDAD DEL DIAGNOSTICO SE DEJA AL PERSONAL NO MÉDICO O NO ESPECIFICADO? Ley General de Salud vigente: (ultima modificación en el DOF de marzo 2012) Artículo 45.- Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario porque aunque la Ley General de Salud, en su artículo 33, fracción I, establece dentro de las actividades curativas al diagnóstico, se ha encontrado que en hospitales psiquiátricos hay personas que no cuentan con un diagnóstico, por lo tanto es necesaria la diferenciación. Finalmente, respecto a que no se especifican las acciones que debe realizar cada especialista, tales especificaciones, se encuentran en el manual de procedimientos de cada área.

	La vigilancia, creación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud, así como fijar las Normas oficiales correspondiente; ¿quedaran a cargo de Instituciones de Asistencia privada, ONGs o interesados sin licencia médica (cédula) para esta responsabilidad? VER EL ARTICULO 132 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD que a la cita establece: ARTICULO 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.	
151	3. SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: Proyecto de Norma: 5.6 El consentimiento informado de las y los usuarios de algún familiar, tutor o representante legal, es la base para el ingreso a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, dicho ingreso podrá ser: ... ¿SE ANULA ENTONCES EL TRAMITE DE SOLICITUD DE INGRESO VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO O POR INDICACION MEDICA QUE SE EFECTUA POR EL MÉDICO PSIQUIATRA Y CONFIRMADO POR EL JEFE DEL SERVICIO O MÉDICO SUPERVISOR. El consentimiento informado aplica para procedimientos médicos (diagnósticos, de tratamiento específicos o medidas de rehabilitación) autorizados por el paciente o su familiar. ¿Se anula entonces la solicitud de la hospitalización que realice el paciente, su familiar responsable o tutor legal designado; la solicitud de hospitalización que determine la Autoridad Judicial o del sistema de Seguridad Pública, DIF estatal Municipal Sistemas de Atención de urgencias; o Solicitudes emitidas por otros hospitales en su caso). En múltiples ocasiones el consentimiento no puede ser realizado por el paciente dada su condición mental o defecto; ni se cuenta con el familiar responsable que lo haga a nombre del paciente. LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: (ultima modificación en el DOF de marzo 2012) Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. LO ANTERIOR ES EL SUSTENTO DEL INGRESO POR INDICACION MEDICA. Del Proyecto de Norma: 5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). Se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la revisión integral de un comité... ...multidisciplinario de internamiento, que incluya un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de FI aquellas especialidades médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede d/ ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, debido a que el consentimiento informado, se encuentra definido en el punto 4.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, así como en el punto 5.6, de esta norma. Por otra parte las cuestiones relativas al ingreso voluntario e involuntario, solicitud de hospitalización ya se encuentran consideradas en los puntos 5.6.1 y 5.6.2, de esta norma.

COMENTARIO: EN CUESTIONES DE URGENCIAS MÉDICO PSIQUIÁTRICAS; ¿se negará la hospitalización urgente del paciente por carecer de Especialista Neurólogo (disponible solamente en algunas unidades psiquiátricas. El "diagnóstico Psicológico" se basa principalmente en pruebas clinimétricas y entrevistas de personalidad – ¿tendrá la misma validez o incluso anular el Diagnóstico médico emitido por el especialista Psiquiatra?; Se debe recordar que el psicólogo general carece del entrenamiento médico indispensable para diferenciar entre enfermedad médica, cerebral o psicopatología. El psicólogo general puede medir únicamente aspectos de la "normalidad mental de un paciente con pruebas clinimétricas y realizar pruebas de personalidad; sin embargo estas conclusiones son un apoyo como servicio auxiliar al diagnóstico Médico; NO pueden constituir o reemplazar o contradecir el diagnóstico emitido por un Psiquiatra (formado previamente como médico). Los diagnósticos en Medicina no se establecen por comités; y el retraso en la atención de una urgencia psiquiátrica hasta obtener los "diagnósticos" de las distintas áreas que se pretende incluir; podría repercutir adversamente contra el paciente.

Recordar que en psiquiatría los casos de agudos de reciente inicio (o incluso casos crónicos agudizados en ocasiones mejoran clínicamente a la 3ª, 4ª o incluso 6ª semana de tratamiento, Y en caso de escasa respuesta terapéutica tal vez incluso en un tiempo mayor. (10 días no corresponden a la realidad clínica que reportan las estadísticas de egresos de los hospitales psiquiátricos en México ni en el Mundo.

LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: (última modificación en el DOF de marzo 2012)

Artículo 469.- Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

COMENTARIO: DEBE DIFERENCIARSE ENTRE LA SITUACIÓN expresada en la actual Norma 025 de "EN CASO DE EXTREMA URGENCIA PSIQUIÁTRICA (eventualidad por cuestiones del servicio); Y NUNCA CONFUNDIR CON UN ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE. NO EXISTENTE NI ESTABLECIDO EN LAS NOMENCLATURAS COMO "EXTREMA URGENCIA PSIQUIÁTRICA", QUE ADemás NO CONTEMPLA EL RIESGO PARA QUIENES RODEAN AL PACIENTE; Y QUE VULNERA JURIDICAMENTE AL PERSONAL MÉDICO O AUXILIAR MENCIONADO EN EL ARTÍCULO ANTERIOR

DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Y EN CASO EVENTUAL DE LA AUSENCIA DE LA "MAXIMA AUTORIDAD" DEL HOSPITAL; (P.ej Director del hospital no Médico ni Psiquiatra en ocasiones Psicólogo habilitado como Director en algunas Unidades de atención), NO DISPONIBLE EN TURNOS VESPERTINOS, NOCTURNOS NI DE FINES DE SEMANA EN LA MAYORÍA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS. Y NO CALIFICADO POR SER PSICÓLOGO PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO MÉDICO - PSIQUIÁTRICO GRAVE.; ¿SE LE NEGARÍA ENCONCES ASISTENCIA AL PACIENTE EN CASO DE URGENCIA O SE LE IMPEDIRÍA LA HOSPITALIZACIÓN URGENTE, POR MANEJAR CRITERIOS DISTINTOS PARA CALIFICAR UN INGRESO URGENTE?. ¿SE PUEDE PERMITIR EJERCER AL PSICÓLOGO LAS FUNCIONES PROPIAS DEL PSIQUIATRA CARECIENDO DE LA FORMACIÓN MÉDICA Y DE LA CÉDULA CORRESPONDIENTE?

	REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de. Servicios de Atención Médica. ARTICULO 125.- Para la prestación de atención ambulatoria, los profesionales de la salud mental, se ajustarán a los artículos aplicables del Capítulo III de este Reglamento. ARTICULO 128.- En los hospitales psiquiátricos, el responsable deberá ser médico cirujano, con especialidad en psiquiatría, con un mínimo de 5 años de experiencia en la especialidad Asimismo, los jefes de servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización deberán ser médicos cirujanos, cc especialidad en psiquiatría, debidamente registrados ante las autoridades educativas competentes. ARTICULO 129.- Todo el personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes. ARTICULO 130.- El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza, estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo que señalen las Normas Técnicas que emita la Secretaría. ARTICULO 131.- Durante el internamiento, el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales. ARTICULO 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental. LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: (última modificación en el DOF de marzo 2012) Artículo 74 Bis.- La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos: I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin, discriminación y con respeto a la dignidad de la persona; II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante; III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente; IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible; V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente, y modificado llegado el caso; VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona; VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos, y VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona. LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: (última modificación en el DOF de marzo 2012)	
--	---	--

	Artículo 75.- El internamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento en establecimientos destinados a tal efecto, s... ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables. Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros. La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial. El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada. Las autoridades sanitarias deberán coordinarse con los organismos públicos de protección a los derechos humanos para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas. COMENTARIO: EN EL PROYECTO DE NORMA TECNICA SE CANCELA LA NOTIFICACION OBLIGATORIA DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE UN PACIENTE, EVOLUCION Y SU EGRESO AL MINISTERIO PUBLICO DEL DOMICILIO DEL PACIENTE. DICHA NOTIFICACION NO PRETENDE SER REPRESORA NI CRIMINALIZA AL PACIENTE POR PADECER UN TRASTORNO MENTAL, PERO SU NO CUMPLIMIENTO COLOCA EN RIESGO AL PERSONAL DEL HOSPITAL DE UNA ACUSACIÓN DE PRIVACION ILEGAL DE LA LIBERTAD O EN OTRAS LEGISLACIONES INCLUSO DE SECUESTRO EQUIPARADO. POR EJEMPLO CUANDO UN PACIENTE RECOBRA LAS =11FUNCIONES MENTALES Y DECIDE DEMANDAR A LA INSTITUCION QUE LE TUVO HOSPITALIZADO CONTRA SU VOLUNTAD (INGRESO INVOLUNTARIO).	
152	DR. RAFAEL CASTRO ROMÁN En primer lugar considero importante y loable el que se intente modernizar la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Y felicitar al equipo que trabajo alrededor de ella. Pero mi humilde punto de vista es que tenemos que la justa atención a la Salud Mental de los Mexicanos, debe de tener un enfoque más amplio y versátil y por ello pero deseo hacer varias anotaciones: Es importante y creo aún más el que realmente se integre un Modelo Integral de Salud Mental y la Voz Ciudadana tenga el foro adecuado para tal efecto, Tal es el caso de los Avals Ciudadanos que si bien existen en los Hospitales Psiquiátricos es un grupo muy reducido de ciudadanos que pueden ser escuchados (en el mejor de los casos) y muchas voces quedan de lado al no ser tomados en cuenta en todos los niveles de Atención del Sector Público en Salud.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.

	Una Norma de esta envergadura, debe enfatizar mucho ya la atención en los servicios de atención a la Salud Mental y su adecuada articulación, en varios niveles de actuación, desde el núcleo familiar, pasando por escuelas, (desde la Básica, hasta la Universitaria) desarrollando prácticas de Fomento a la Salud Mental. Incluso empresas donde se realicen pequeños ejercicios para el manejo del estrés, etc. (Probablemente suena ambicioso y poco práctico pero la Salud Mental requiere de un enfoque de arriba preventivo más amplio y menos hospitalario) Fomentar el proceso de desincorporar de la atención de Hospitales Psiquiátricos a Hospitales de Especialidades y Generales, incluso a centros de atención primaria, para evitar lo hecho hasta la actualidad, y así acercar más la Salud Mental a la Salud en General. Los Hospitales donde tengan usuarias y usuarios en cronicidad, debe seguir con un mayor énfasis al modelo de villas actual. Pero su atención, es contextualizarla a un enfoque de mayor autonomía, incluso de gestión y transformarse en conjuntos de transición, al estilo de pisos protegidos, pero solo para los casos que no cuenten con familia, ello para evitar la excesiva demanda de usuarias y usuarios que cuentan con familiares y no sean corresponsables (legislar al respecto), o bien de casos efectivamente de manejo difícil para su adecuada reinserción psicosocial. Para el caso del usuario crónico, y que en muchos de los casos de los Hospitales Psiquiátricos en la actualidad, son personas abandonadas por su familia y solo reportan algunos datos clínicos psiquiátricos y conductuales solo de manera ocasional, así como interurrencias médicas. Para ello es menester que estén perfectamente incluidos en programas de Rehabilitación Psicosocial, educativa y de tipo laboral, y la visita del psiquiatra solo se dé como interconsulta o por solicitud del equipo de Rehabilitación, de Enfermería y del Médico General, y "des-psiquiatrizar" su atención (si el termino lo vale). Y al psiquiatra orientarlo a funciones de Hospitalización de usuarios de corta estancia y de consulta externa. Para incluso disminuir la psicofarmacología muchas veces innecesaria en usuarios crónicos y que para ello están los Comités de Uso Racional de Medicamentos, Farmacovigilancia y el Propio Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (COCASEP) Bajo los conceptos vertidos en la Norma propuesta si hay cambios muy buenos en cuanto a los Derechos Humanos y se hace énfasis en ello y creo que estamos más que de acuerdo con ello, pero bajo otros rubros esta propuesta constantemente señala necesidades de atención muy inespecíficas al personal. Y creo que ello derivara en el temor de incurrir en alguna observación y señalamientos de orden jurídico. Por lo cual con ello se incrementarían mucho la necesidad de recursos humanos en los ya obsoletos hospitales. Y en verdad no estamos redirigiendo la atención a la Salud Mental a los niveles de atención en Salud General, volvemos a modelos de tipo asilar, que someten a la persona con necesidad de atención crónica a la exclusión social. Con alto impacto en la economía del Sector, que de por si es baja la presupuestación a la Salud Mental, pues mejor hay que hacerla más eficiente y eficaz en su gestión y aplicación. Aclaro que no estoy en contra de la Norma, pero si me gustaría ser invitado para hacer algunas observaciones con la T.R. Virginia González Torres, como Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental y si son aceptadas creo que favorecerían mucho de sus inquietudes en Pro de La Salud Mental, sobre todo de los Excluidos... Las referencias son variadas y en estos comentarios los baso en Guías Publicadas por la Misma Organización Mundial de la Salud.	
--	---	--

153	Dr. Manuel H Ruiz de Chávez Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética En la actualidad la relación del ser humano con el entorno es cada vez más compleja, en todos los ámbitos, y los avances tecnológicos hacen precisa una reflexión ética sobre las cuestiones referentes a la protección y al cuidado de la salud mental, problemática que debe ser abordada desde una perspectiva integral que incluye a la bioética. Es así como la CONBIOÉTICA, en el marco de sus atribuciones normativas y consultivas en materia de bioética, en el afán de promover una cultura de esta disciplina en nuestro país y dadas las importantes implicaciones de la regulación de la salud mental, se ha dispuesto participar con algunos comentarios y observaciones referentes a este Proyecto de NOM y así incidir con una visión amplia e incluyente en el abordaje de los dilemas éticos que surgen en el plano de la salud mental y su atención, promoviendo en todo momento el respeto a la dignidad humana y los derechos humanos. Con la finalidad de lograr una inclusión de los distintos sectores sociales involucrados resulta fundamental la participación en la formulación y la edición final de la NOM de las instituciones académicas y prestadoras de servicios de atención psiquiátrica y de salud mental, así como de especialistas en la materia para llevar a cabo un trabajo sistemático basado en la pluralidad, la inclusión y la multidisciplinariedad que, por su naturaleza, el abordaje del tema requiere. Con relación al Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, que fue publicado el 13 de noviembre de 2012 en el DOF, se establecen 60 días naturales a partir de su publicación para que se presenten comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, de la Secretaría de Salud, esta Comisión presenta algunos comentarios generales sobre el mismo. El objeto o la motivación de la presente NOM es establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque no se advierte una propuesta específica de modificación a la norma.
154	Aspectos técnicos sujetos a aclaración: Derivado del análisis del fundamento legal del proyecto de la NOM de referencia se sugiere incluir dentro del proemio de fundamento legal, las disposiciones que a continuación se enumeran: a) Artículo 47 de la Ley Federal de Metrología y Normalización, en el cual se establece el procedimiento completo al que debe someterse todo proyecto de Norma Oficial Mexicana. b) Artículo 128 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios en Materia de Atención Médica, que establece el perfil y experiencia idónea que debe cumplir cada responsable de los hospitales psiquiátricos, así como el perfil y experiencia de los jefes de servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, no se acepta el comentario, debido a la situación actual de los hospitales psiquiátricos, es necesario contar con una Norma específica que permita delimitar el funcionamiento de dichos hospitales sobre todo en el ámbito de la defensa de los derechos humanos. Posteriormente se puede elaborar una norma oficial mexicana, para todos los servicios que conforman la red de salud mental.

c) Artículo 5, inciso A, fracciones I y II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que se relaciona con el contenido del artículo 39, fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. En lo referente al título de la NOM que se propone se sugiere modificarlo de tal manera que la atención se centre sobre las personas con trastornos mentales y del comportamiento y no limitarlo a la atención hospitalaria ya que esto resulta contrario al impulso que quiere darse a la atención comunitaria cuyo objetivo es abandonar el sistema de atención asilar y promover la reinserción social de los usuarios de dichos servicios a través del paradigma de la atención comunitaria que ha probado ser más idóneo. Asimismo, se sugiere que en el cuerpo de la Norma propuesta se valore la posibilidad de definir con claridad los procedimientos a seguir o bien, que se establezca si se especificará en los manuales técnico-administrativos, en los que se incluirán los procedimientos y organización de las instituciones prestadoras del servicio. Un ejemplo de ello es la definición de Evaluación Clínica Psicológica en la que no se especifican las pruebas o procedimientos que formarán parte de la misma. En la definición de Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica se sugiere incluir a las personas que padecen trastornos del comportamiento como se ha venido haciendo a lo largo de la NOM, ya que solo se hace referencia a los que padecen trastornos mentales. Se recomienda también incluir las siguientes definiciones: •Consentimiento informado •Equipo interdisciplinario •Personal de las Unidades •Episodio agudo y de larga duración Lo anterior con el objetivo de clarificar términos importantes como es el caso del consentimiento informado cuyo espíritu va más allá de una herramienta administrativa, y que debe ser entendido como el proceso mediante el cual se informa al usuario, con un lenguaje claro y asegurándose que la información proporcionada sea clara y comprendida por el mismo, sus familiares o responsables. En este proceso se informa sobre la situación del paciente y sobre la enfermedad, de tal manera que éste pueda aceptar o rechazar un estudio o tratamiento. Por otra parte, es importante clarificar quiénes serán los miembros del equipo interdisciplinario y el personal de las unidades para poder identificar a los actores y definir las responsabilidades y derechos de cada uno. Asimismo, sería conveniente que se analizaran con mayor profundidad las implicaciones sociales de la enfermedad mental, y no se empleara únicamente un enfoque individual, atendiendo a la perspectiva social. En el caso del punto 9.26 se señala que el aislamiento del usuario es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que queda prohibido el uso e instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Sin embargo, no debe perderse de vista que el aislamiento, siempre que se justifique para garantizar la seguridad tanto de la persona con trastorno mental y/o del comportamiento, como de un tercero, es necesario y que no recurrir a él (bajo estrictas condiciones que lo justifiquen y salvaguarden la dignidad y derechos humanos del usuario) puede ocasionarle un daño. Por lo anterior, se sugiere, en virtud de un principio de no maleficencia, tener la posibilidad de recurrir a él en casos muy claros y delimitados previamente, ya sea en el cuerpo mismo de la NOM o en los manuales técnico-administrativos, en los que se incluirán los procedimientos y organización de la institución prestadora del servicio.	
---	--

155	Aspectos relevantes sobre principios bioéticos: Al abordar el tema de la salud mental desde una perspectiva bioética resulta imprescindible que se proporcionen a los pacientes servicios de atención de tipo comunitario que involucre a los usuarios, familias y otras partes interesadas y/o involucradas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental. Como se señala en la Declaración de México para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica de 2006, la atención en salud mental de base comunitaria ha demostrado ser efectiva en la reducción de la discapacidad social debido a la integración del enfermo a los diferentes ámbitos de la sociedad. Existen soluciones alternativas de atención para que la población en general, y los enfermos mentales en particular, se beneficien del crecimiento económico global y del desarrollo social y puedan vivir y desarrollar su proyecto de vida sin exclusiones bajo el entendido de que existen modelos y soluciones innovadoras que permiten dar satisfacción a las necesidades y aspiraciones de las personas afectadas por trastornos mentales y sus familias. Por ello, la tendencia a nivel internacional, y que ha sido retomada por nuestro país, es el cambio del modelo de atención asilar por el modelo de atención comunitaria, ejemplo de ello es la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la que se ha señalado la importancia de adecuar la legislación nacional para la implementación de modelos alternativos de base comunitaria. Por otra parte, tomando en consideración que el porcentaje de cursos de actualización y/o educación, relacionado con los temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%, en la NOM se sugiere especificar las estrategias a seguir para capacitar al personal y a los estudiantes involucrados en la atención de personas con trastornos mentales. En lo relativo a los estudiantes es importante que sean considerados en el ámbito de atención de los trastornos mentales y del comportamiento ya que no se les menciona y son actores fundamentales en este proceso por lo que no deben ser omitidos. En lo referente al tema del consentimiento informado, como ya se mencionó con anterioridad, éste debe ser entendido como un proceso y no limitarlo únicamente a un documento de carácter administrativo, resultando esencial capacitar al personal en su debida aplicación y acerca de su función en específico para el caso de la presente NOM. Para ello, se propone establecer procedimientos precisos de obtención del consentimiento informado para las siguientes situaciones: - o Reclusión o internamiento/aislamiento - o Tratamiento - o Intervenciones quirúrgicas - o Atención a la salud reproductiva, anticoncepción, etc. - o Relación médico-paciente (elegir médico o institución, derecho a una segunda opinión) - o Investigación biomédica en personas con enfermedad mental - o Alta hospitalaria - o Confidencialidad y protección de datos personales, acceso a la información y propiedad del expediente clínico - o Consejo genético	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario, se incluye la referencia a las disposiciones generales para la integración y funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética y los comités de ética en investigación, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. Se modifica la redacción para quedar como sigue: 11.3 Las actividades de investigación científica que se realicen en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud, en el Reglamento en materia de investigación para la salud y en las demás disposiciones aplicables. 13. Bibliografía 13.1 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. 13.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012.
-----	--	---

	o Consentimiento informado también a familiares o representantes legales (tutor o curador) con el asentimiento, de ser posible del menor. Por otra parte, resultaría pertinente establecer con mayor precisión y claridad la responsabilidad del médico tratante y del personal de salud en relación con el manejo adecuado de la información y la confidencialidad de los datos y demás cuestiones personales del paciente con trastornos mentales, así como las estrategias que permitan generar mecanismos para el acceso a servicios a personas con algún trastorno mental y del comportamiento cuyo impacto favorezca su educación, trabajo, salud y vivienda, según sea el caso; garantizando en todo momento que el derecho a la no discriminación del paciente sea respetado. Asimismo, se sugiere especificar las acciones a seguir en cuanto a la protección de grupos en situación de vulnerabilidad o desventaja. Un ejemplo de ello son los niños, ya que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años de edad. Además se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares, por lo cual es necesario prestar especial atención en este grupo poblacional. En este sentido, las personas con algún trastorno mental, como pertenecientes a un grupo de personas en situación de vulnerabilidad o desventaja, enfrentan un mayor riesgo de que sus derechos humanos (derechos civiles, políticos, económicos, sociales y/o culturales) sean violentados. Dicha vulnerabilidad es aún mayor según el tipo y severidad del trastorno, y cuando la persona presenta discapacidad mental temporal o permanente, por lo que resulta necesario garantizar su protección aún si ello implica una reducción en el ejercicio de su autonomía. Como se señaló con anterioridad, el estigma y la discriminación juegan un papel preponderante y representan la principal barrera de acceso y reto para la atención de la salud mental. Dentro de estas barreras se debe considerar a las barreras culturales que dificultan la atención a la población rural e indígena por lo que se sugiere capacitar al personal en la temas de interculturalidad en la prestación de servicios médicos con el objetivo de brindar una mejor atención basada y fundamentada en principios bioéticos aplicables y en el respeto a los derechos humanos. En lo relativo a la psicoterapia y la farmacoterapia, además de promover un incremento en la cobertura de los servicios de salud mental y psiquiatría en la red de servicios de salud, es necesario considerar que por si solas no siempre garantizan una eficiencia terapéutica, si no se complementa con los servicios sociales y laborales apropiados, tales como residencias asistidas y talleres protegidos entre otros, que permitan la plena reinserción social en la comunidad. Por ello debe apoyarse la inclusión y especificación de las acciones a seguir en este rubro. Por otra lado, en el proyecto de la NOM no se especifica cuáles son las acciones para la promoción y prevención de los trastornos mentales en los grupos en situación de vulnerabilidad o desventaja como son los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, indígenas, personas en situación de pobreza y las personas con trastornos mentales de los recintos penitenciarios, por lo cual se considera pertinente su mención, así como especificar cuáles serían los pasos a seguir de acuerdo al grupo de edad.
--	--

	También se recomienda poner especial atención a las instalaciones destinadas al cuidado intensivo de pacientes que presentan conductas perturbadoras o agresivas, que si bien se señala que no se permitirá el aislamiento es pertinente evaluar la posibilidad de recurrir a dicha medida en casos de extrema necesidad, para lo cual deberán señalarse previamente las situaciones en que pueda ser aplicable, por supuesto salvaguardando, en todo momento, un trato digno y con apego a los derechos humanos del paciente. Al hacer uso de dichas medidas pueden suscitarse numerosas violaciones a los derechos del paciente que incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad. Por lo anterior se reitera la necesidad de un marco legal que proteja debidamente los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. Previamente, en lo referente a la inclusión de la bibliografía se sugirió consultar las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y los Comités de Ética en Investigación, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. Lo anterior resulta fundamental ya que en la propuesta de NOM no queda claro si el Comité de Ética y Vigilancia fungiría como un equivalente al Comité Hospitalario de Bioética o al Comité de Ética en Investigación, y de ser el caso se estarían duplicando funciones en lo referente a las funciones de dichos Comités. Si bien no se propone la desaparición de los Comités Ciudadanos de Apoyo en las Unidades de Atención Integrales Hospitalaria Médico-Psiquiátricas, se sugiere aclarar su naturaleza jurídica y así no generar una duplicidad de funciones, mismas que los Comités Hospitalarios de Bioética y los Comités de Ética en Investigación cumplen actualmente. Finalmente, es interesante mencionar que la Organización Mundial de la Salud recomienda que para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, se deben superar cinco obstáculos clave, que resultan fundamentales al analizar el tema de salud mental a la luz de la bioética, que son: 1) la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; 2) la actual organización de los servicios de salud mental; 3) la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; 4) la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental, y 5) la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.	
156	CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA POR CONDUCTO DE SU DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE EQUIDAD DE GÉNERO <u>NOTA Introductoria:</u> La propuesta de modificaciones que presentamos se basa en las atribuciones del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, específicamente en las fracciones XI: Promover entre las unidades administrativas de la Secretaría la instrumentación de acciones que permitan incorporar la perspectiva de género en todas las actividades de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, incluidas la planeación, programación, presupuestación y prestación integral de servicios de salud; y XIX: Difundir entre el personal de las instituciones públicas del SNS la perspectiva de género, con la finalidad de que se tomen medidas para eliminar la discriminación en razón del sexo de las personas.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se hace notar que por tratarse una nota introductoria, las respuestas respectivas se formulan respecto de cada comentario específico.

	En ese mismo sentido, las actividades y comentarios del CNEGSR para esta norma se fundamentan en la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, artículos 5, fracción II; artículo 6; las atribuciones que establece esta Ley para el Gobierno Federal en su artículo 9; así como los ordenamientos en materia de igualdad de género, artículo 17, fracc. IV y VI, y artículos 41 y 42, sobre la eliminación de estereotipos establecido en función del sexo. Para las funcionarias y funcionarios públicos la incorporación del género en las Normas Oficiales Mexicanas, es una exigencia jurídica que se deriva del artículo primero Constitucional reformado en junio de 2011, así como de los compromisos adquiridos por el Estado Mexicano para hacer cumplir los términos de diversos Tratados y Convenciones Internacionales como la CEDAW. De igual forma, esta tarea se convierte en un mandato ético en tanto la igualdad y la equidad de género implican nuevos términos de justicia interpersonal y social. La institucionalización de la perspectiva de género en la Administración Pública, requiere de la sensibilidad, apertura y compromiso de las autoridades comprometidas con la equidad e igualdad de género. Con base en lo anterior, es pertinente insistir sobre la aplicación de la perspectiva de género. Es de particular importancia considerar que mujeres y hombres presentamos diferencias biológicas, a las que se añaden diferencias y desigualdades sociales, producto de construcciones que cada cultura les imprime a unas y otros, y se manifiestan a través de identidades, roles, costumbres y creencias que se consideran propias para cada sexo. Los comentarios aquí expresados también se dan en respuesta a los compromisos del Estado Mexicano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en relación a la temática de salud mental y derechos humanos. Cabe mencionar que el año pasado se formó el Grupo 5 de salud mental y derechos humanos, en las tareas que realiza la Secretaría de Gobernación para la Atención a Grupos Vulnerables. Histórica y transculturalmente esas desigualdades han tendido a posicionar más desventajosamente a las mujeres, sobre todo a través de la desvalorización, la discriminación, la marginalización y la violencia, vulnerando sus derechos humanos; el ámbito de la salud no ha sido la excepción, como señalan Sen, Ostlin y George (2007): "la desigualdad de género daña la salud física y mental de millones de mujeres de todo el mundo, y también a niños y hombres, a pesar de los beneficios tangibles que le proporciona a estos últimos a través de recursos, poder, autoridad y control". Asimismo, en investigaciones auspiciadas por la OMS se ha mostrado que el género tiene un peso fundamental en la salud mental de las personas: "El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de su vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental" (OMS, 2005). Se ha documentado que mujeres y hombres experimentan distintos tipos de problemas salud mental. En las primeras, la depresión, la ansiedad y las quejas somáticas. Se dan con mayor frecuencia, mientras que en los hombres son los trastornos de personalidad antisocial y los relacionados con el abuso de sustancias (OMS, 2001). La OMS (2007) señala que la ansiedad se presenta en una relación de 1.5 mujeres por 1 hombre y la depresión 2 mujeres por cada hombre; en lo que se refiere al abuso de sustancias, la relación se invierte: 2.8% hombres por 0.5% mujeres. En la esquizofrenia y el desorden afectivo bipolar no se registran diferencias significativas entre mujeres y hombres.
--	--

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México se revelaron las mismas tendencias: En las mujeres, los padecimientos más comunes fueron: las fobias, específicas y sociales, y el episodio depresivo mayor (2.5 mujeres por cada hombre). Se registró más frecuencia de hombres con trastornos de conducta, la dependencia y el abuso de alcohol (9.3% de hombres y 0.7% de mujeres en áreas urbanas; 10.5% y 0.4% en áreas rurales (Medina Mora et al, 2003) Esta presencia significativa de cuadros depresivos y ansiosos en las mujeres es un fenómeno que, según se ha documentado internacionalmente, se encuentra sistemáticamente en las mujeres a lo largo de su vida adulta (Kessler 2000). Los trastornos mentales se asocian a un grado significativo de discapacidad y la depresión es el único trastorno que se asocia a más años de vida ajustados por discapacidad y la primera causa para las mujeres (Murray y López-Ibor, 1994). En el caso de México, Lozano et al (2006) realizaron un estudio sobre el peso de la enfermedad en las mujeres en el que la depresión se mostró como la 2° causa de años de vida saludable perdidos en mujeres de nuestro país, con una tasa 8 por mil, en 2005 Otros aspectos sociales y culturales en los que influye el género que es necesario tomar en cuenta tanto para normar las políticas y estrategias, como para las acciones de atención a la problemática de salud mental son: - acceso a los servicios, en este caso a los de salud mental. Las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios especializados y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa. De ahí que se haya dicho que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos, en el caso del hombre, acude más tarde y cuando los síntomas son más evidentes: Cuando reconoce tener problemas emocionales utiliza los servicios de salud mental de forma similar a la mujer. - El cuidado de las personas con trastornos mentales. En nuestro medio, la gran mayoría de las personas que cuidan a un/a familiar con un trastorno psiquiátrico grave son mujeres, con un perfil de cuidadoras informales con patologías somáticas crónicas además de la depresión, Este tipo de atención no sólo incluye una atención personal, médica y doméstica, sino que también incluye a menudo una relación emocional. Es frecuente por tanto, que las mujeres cuidadoras de personas con trastornos psiquiátricos experimenten niveles elevados de preocupación y «estrés, presenten un amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con los problemas resultantes de aislamiento y de estigma y, además, encuentren muy difícil enfrentarse a las conductas disruptivas, a los síntomas negativos y a la discapacidad. Además, es necesario considerar que las mujeres con trastornos psiquiátricos son con frecuencia ellas mismas las cuidadoras de los hijos/as y se ha podido constatar que el vínculo madre-hijo/a puede verse afectado por la enfermedad mental de la madre. Un análisis sensible al género sugiere que muchas de las reformas a las políticas de salud afectan más a las mujeres que a los hombres, debido a sus respectivos estatus tanto como pacientes y como productoras de cuidados en salud mental. (Isabel Montero Piñar, 2004).	
---	--

	- La violencia de género. A pesar del reconocimiento social de que la violencia de género influye sobre en la calidad de vida y la salud mental, en los servicios de salud, las/os profesionales han ignorado este hecho, por lo que, a pesar de ser alta la prevalencia de enfermedad psiquiátrica y/o psicológica entre las mujeres que han sufrido violencia de género, ésta no siempre es documentada ni recibe un abordaje específico (Cabo, Jesús et al, 2010) Finalmente, se informa que hemos revisado el uso de lenguaje incluyente, no discriminatorio y no androcéntrico en los textos y, cuando se consideró pertinente, se propusieron términos neutrales, o bien, se hizo explícita la diferenciación entre mujeres y hombres mediante artículos gramaticales, siguiendo recomendaciones de la Real Academia de la Lengua Española. Por ejemplo, en donde dice “usuarios” hemos utilizado la alternativa incluyente de “personas usuarias”, “las y los usuarios”, la/el usuario”. Por otra parte, hemos homogeneizado el uso de la diagonal. Las propuestas que a continuación se presentan tienen el propósito de procurar mejorar las medidas preventivas, de calidad de atención y rehabilitación a favor de la igualdad entre mujeres y hombres y el respeto a sus derechos, incluyendo los sexuales y reproductivos; sobre todo considerando que los padecimientos mentales hacen de quienes los viven personas particularmente vulnerables...	
157	Texto Proyecto NOM-025-2012 El presente Proyecto de modificación a la Norma se publica a efecto de que los interesados dentro de... Propuesta de modificación El presente Proyecto de modificación a la Norma se publica a efecto de que las personas interesadas dentro de ...	Con fundamento en el artículo 47, fracciones II, III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas no se acepta el comentario, porque no corresponde a la etapa del proceso normativo en el que éste se encuentra, debido a que la redacción propuesta corresponde al proyecto de norma y no al de la una norma definitiva, como es el caso.
158	Texto Proyecto NOM-025-2012 Índice 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios. Propuesta de modificación Índice 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción para mejor comprensión de la Norma, para quedar como sigue: Se modifica la redacción para quedar como sigue: 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias.
159	Texto Proyecto NOM-025-2012 Objetivo: Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios. Propuesta de modificación Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 1. Objetivo. Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.

160	Texto Proyecto NOM-025-2012 3.Referencias 3.17 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2- 2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Propuesta de modificación Eliminar el numeral 3.17 ya que apareció previamente en el 3.10	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
161	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.Definiciones y abreviaturas 4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianeidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona ... Propuesta de modificación 4. Definiciones y abreviaturas 4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianeidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es ser compañero/a, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona ...	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.1. Acompañante terapéutico: al personal capacitado que se inserta en la cotidianeidad de la persona usuaria, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los servicios de atención en salud mental. Su función es la de compañero/a, guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.
162	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.3 Atención Integral Hospitalaria Médico- Psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental ... las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios. Propuesta de modificación 4.1.3 Atención integral médico-psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental ... las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.4 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

163	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.4 Atención Psicológica: Es la atención especializada brindada por un psicólogo clínico que trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento y problemáticas de salud mental. Propuesta de modificación 4.1.4 Atención Psicológica: Es la atención especializada brindada por personal de psicología clínica que trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento y problemáticas de salud mental.'	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario para quedar como sigue: 4.1.5 Atención Psicológica: a la que es brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como, problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos entre los que se pueden mencionar, enunciativamente mas no limitativamente, psicoeducación, terapia grupal, entre otros, dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, en las unidades de primer nivel, se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento y en las unidades del tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial.
164	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.6 Casas de Medio Camino: Espacios ubicados- dentro de la comunidad de puertas abiertas, en las que las y los usuarios tienen libre acceso ... apoyando al usuario con consulta psiquiátrica o general, .estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos. Propuesta de modificación 4.1.6 Casas de Medio Camino: Espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas, en las que las y los usuarios tienen libre acceso ... apoyando a las personas usuarias con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.7 Casas de Medio Camino o Residencias Comunitarias: a los espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas en cualquier unidad de servicios de salud pública, en las que las personas usuarias tienen libre acceso. No pertenecen ni forman parte de la estructura de atención médica y cuentan con la figura de acompañante terapéutico. El tiempo de estancia de las personas usuarias en estos espacios se acuerda con las mismas, tomando en cuenta su evolución. A través de las casas de medio camino se favorece la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico, apoyando a las personas usuarias con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos.
165	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.7 Centro de Día: Espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por enfermeros psiquiátricos, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada usuario. ... Propuesta de modificación 4.1.7 Centro de Día: Espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por personal de enfermería psiquiátrica, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada persona. ...	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.8 Centro de Día: al espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por personal de enfermería psiquiátrica, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada persona usuaria. Los periodos de permanencia de las personas usuarias pueden variar dependiendo de cada caso.

166	Texto Proyecto NOM-025-2012 Se sugiere agregar numeral Propuesta de modificación Enfoque o perspectiva de género en la atención a la salud mental: significa considerar mujeres y hombres presentan diferencias biológicas, poder y control desigual sobre los determinantes socioeconómicos de su vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.15 Enfoque o perspectiva de género en la atención a la salud mental: a la consideración de que mujeres y hombres presentan diferencias biológicas, poder y control desigual sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.
167	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.17 Hospital de Día: Es una de las modalidades del Hospital Parcial... para el seguimiento intensivo de cada usuario, acorde a la complejidad de su patología. Propuesta de modificación 4.1.17 Hospital de Día: Es una de las modalidades del Hospital Parcial... para el seguimiento intensivo de pacientes, acorde a la complejidad de su patología.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.20 Hospital de Día: a una de las modalidades del Hospital Parcial, que consiste en diferentes tratamientos articulados como: atención psiquiátrica, control de medicación, atención psicológica individual, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales, bajo la forma de jornada completa o media jornada, que posibilita la elaboración de estrategias de tratamiento, para el seguimiento intensivo de pacientes, acorde a la complejidad de su patología.
168	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.19 Hospital Psiquiátrico: Unidad especializada de base hospitalaria que brinda atención a usuarios ingresados y cuenta con servicios residenciales prolongados a personas con trastornos mentales y del comportamiento; puede ofrecer consulta externa a usuarios en seguimiento, quienes no requieran de hospitalización. Propuesta de modificación 4.1.19 Hospital Psiquiátrico: Unidad especializada de base hospitalaria que brinda atención a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuentes y cuenta con servicios residenciales prolongados a personas con trastornos mentales y del comportamiento; puede ofrecer consulta externa a usuarios y usuarias en seguimiento, que no requieran de hospitalización.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario. Se modifica la redacción propuesta, toda vez que se debe de impulsar la implementación de casas de medio camino, departamentos independientes para favorecer que todos los usuarios que son dados de alta, se puedan reintegrar a la sociedad, para quedar como sigue: Se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.22 Hospital Psiquiátrico: a la unidad de atención integral médico psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.
169	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.20 Interconsulta: Incluye procedimientos para establecer lo siguiente: la urgencia de la atención; revisar la historia clínica e información disponible; consignar un tratamiento a corto plazo; establecer contacto con el médico responsable ... Propuesta de modificación 4.1.20 Interconsulta: Incluye procedimientos para establecer lo siguiente: la urgencia de la atención; revisar la historia clínica e información disponible; consignar un tratamiento a corto plazo; establecer contacto con el personal médico responsable ...	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario y se modifica la redacción para quedar como sigue: 4.1.23 Interconsulta: al procedimiento mediante el cual a petición del personal médico tratante, otro médico revisa la historia clínica e información disponible; consigna un tratamiento a corto plazo; establece contacto con el médico tratante; informa a la persona usuaria, y hace un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente, así como evaluación por un servicio de subespecialidad psiquiátrica o cualquier otra especialidad médica, según la condición clínica de la persona usuaria.

170	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.21 Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo: Eje rector de las políticas públicas en materia de Salud Mental en México, el cual promueve la creación de estructuras de prevención, hospitalización y reintegración social de las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento con el objetivo de brindarles una atención digna, oportuna, de calidad, equidad y de respeto a los derechos humanos de usuarios y usuarias. Propuesta de modificación 4.1.21 Programa de Salud Mental: Establece lineamientos y principios rectores en materia de salud mental; promueve la creación de nuevas estructuras de servicios de atención, prevención, hospitalización, rehabilitación así como de reintegración social para todas las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento a fin de brindar un servicio de atención integral, digno, oportuno, sin discriminación, de calidad, calidez, equidad y de respeto a los derechos humanos Observaciones Se sugiere eliminar "Nacional" dado que solo existe un "Programa Nacional" este es el de "Salud" en el cual se desprenden subprogramas o programas específicos de salud y a su vez se desprenden modelos estrategias, etc. Se propone eliminar "Modelo Miguel Hidalgo" ya que para proponer un modelo como eje rector de las políticas públicas, es recomendable pilotado y validado a nivel nacional y con todas las instituciones de salud pública del Sistema Nacional de Salud.	Con fundamento en el artículo 47, fracción II, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 tercer párrafo del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, se acepta parcialmente el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.25 Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018: al que establece lineamientos y principios rectores en materia de salud mental; promueve la creación de nuevas estructuras de servicios de atención, prevención, hospitalización, rehabilitación, así como de reintegración social para todas las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento a fin de brindar un servicio de atención integral, digno, oportuno, sin discriminación, de calidad, calidez, equidad y de respeto a los derechos humanos.
171	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.23 Psicoterapia: Intervención que realiza un profesional de la salud mental especializado (psicólogo o psiquiatra) el uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuven en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o del pensamiento. Dependiendo de la severidad y las necesidades del usuario, la psicoterapia puede ser individual o familiar, o combinarse con farmacoterapia según sea el caso. Propuesta de modificación 4.1.23 Psicoterapia: Intervención que realiza una o un profesional de la salud mental especializado en psicología o psiquiatría. El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuven en el manejo eficaz de los síntomas: sean éstos conductuales, emocionales o del pensamiento. Dependiendo de la severidad y las necesidades de cada usuaria/o, la psicoterapia puede ser individual o familiar, o combinarse con farmacoterapia según sea el caso.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.27 Psicoterapia: a la intervención que realiza un o una profesional de la salud mental especializado en esta estrategia (psicólogo o psiquiatra). El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuven en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o cognitivos. Dependiendo de la gravedad y de las necesidades de la persona usuaria, la psicoterapia puede ser individual, familiar, de pareja o grupal y combinarse con farmacoterapia según sea el caso.

172	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.25 Rehabilitación Psicosocial: Conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de los individuos, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de un trastorno mental y del comportamiento en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en la o el usuario el aprendizaje o el re- aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas en la vida socio-cultural. ... Propuesta de modificación 4.1.25 Rehabilitación Psicosocial: Conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de mujeres y hombres que les permitan superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de un trastorno mental y del comportamiento en los principales aspectos de su vida diaria; tiene como objetivo promover en la o el usuario el aprendizaje o el re-aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas en la vida socio-cultural. ...	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 4.1.29 Rehabilitación Psicosocial: al conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de mujeres y hombres que les permitan superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de un trastorno mental y del comportamiento en los principales aspectos de su vida diaria; tiene como objetivo promover en las personas usuarias el aprendizaje o el re-aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas en la vida socio-cultural. Para la rehabilitación psicosocial de las personas usuarias, las unidades podrán apoyarse en estructuras extra-hospitalarias con enfoque comunitario como: los talleres protegidos, las casas de medio camino, las residencias comunitarias, o cualesquiera otras que sean útiles para estos propósitos y que, para lograrlo, no recurran a la aplicación de tratamientos que vayan en contra de los derechos humanos.
173	Texto Proyecto NOM-025-2012 4.1.27 Salud Mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Propuesta de modificación 4.1.27 Salud Mental: Estado de bienestar en el cual las personas son conscientes de sus propias capacidades, pueden afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, no se acepta el comentario, en virtud de que la definición, ya se encuentra prevista en un ordenamiento de mayor jerarquía normativa como es el caso del artículo 72, párrafo segundo, de la Ley General de Salud.
174	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.2 Los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben ofrecer atención médica, psiquiátrica y psicológica de calidad ... Propuesta de modificación 5.2 El personal que presta servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica debe ofrecer atención médica, psiquiátrica y psicológica de calidad ...	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.2 El personal que presta servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica debe ofrecer atención médica, psiquiátrica y psicológica de calidad a las personas usuarias que requieren de estos servicios en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica del sector público, privado y social. Las instituciones públicas que presten este tipo de servicios, podrán promover conforme a su ámbito de competencia y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables, programas orientados a la gratuidad en la prestación de estos servicios.

175	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.3 10.2 Área de Psicología: atención terapéutica al usuario(a) y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de servicios terapéuticos; f) alta de usuarios (as), y g) actividades deportivas, sociales y culturales. Propuesta de modificación 5.3.10.2 Área de Psicología: atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de servicios terapéuticos; f) alta de usuarios/as, y g) actividades deportivas, sociales y culturales	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.2 Área de Psicología: a) atención terapéutica al usuario/a y su familia; b) psicoeducación; c) evaluación psicológica; d) rehabilitación psicosocial; e) promoción de permisos terapéuticos y f) alta de usuarios/as.
176	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.3.10.4 Área de Enfermería: a) ... b) ... c) ...d) ..., e) manejo de seguridad del usuario, y f) ... Propuesta de modificación 5.3.10.4 Área de Enfermería: a) ... b) ... c) ... d) ... e) manejo de seguridad de pacientes, f)... g) orientación consejería sobre salud sexual y reproductiva; h) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o violencia sexual Observaciones Es necesario incorporar, en la medida de lo posible estas acciones que coadyuven a la prevención, y en su caso detección, de problemas de salud sexual y reproductiva o violencia familiar y/o sexual, de las/os usuarios de los servicios de salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.4 Área de Enfermería: a) cuidado integral con base a las necesidades de bienestar o conservación de la vida y necesidades de curación; b) apoyo en actividades de la vida diaria; c) manejo de urgencias; d) admisión hospitalaria; e) manejo de seguridad de pacientes; f) rehabilitación psicosocial; g) orientación consejería sobre salud sexual y reproductiva y h) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o violencia sexual.
177	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.3.10.5 Área de Trabajo Social: a) admisión hospitalaria; b) estudios socioeconómicos; c) visitas domiciliarias; d) contacto familiar; e) gestiones de referencia a otros servicios médicos; O reporte en expediente clínico, y g) rehabilitación psicosocial. Propuesta de modificación 5.3.10.5 Área de Trabajo Social: a) admisión hospitalaria; b) estudios socioeconómicos; c) visitas domiciliarias; d) contacto familiar; e) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o sexual, f) gestiones de referencia a otros servicios médicos; g) reporte en expediente clínico, y h) rehabilitación psicosocial. Observaciones Es necesario incorporar, en la medida de lo posible estas acciones que coadyuven a la prevención, y en su caso detección, de problemas de salud sexual y reproductiva o violencia familiar y/o sexual, de las/os usuarios de los servicios de salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.5 Área de Trabajo Social: a) admisión hospitalaria; b) estudios socioeconómicos; c) visitas domiciliarias; d) contacto familiar; e) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o sexual; f) gestiones de referencia a otros servicios médicos; g) reporte en expediente clínico y h) rehabilitación psicosocial.

178	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.3.10.6 Área de Enseñanza y Capacitación: a) detección; b) promoción; c) prevención; d) atención; e) actualización y evaluación, y 4) capacitación sobre derechos humanos y rehabilitación psicosocial. Propuesta de modificación 5.3.10.6 Área de Enseñanza y Capacitación: a) detección; b) promoción; c) prevención; d) atención; e) actualización y evaluación, y f) capacitación sobre derechos humanos, perspectiva enfoques de género e intercultural en la salud mental i) detección y atención de la violencia familiar y sexual.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.3.10.6 Área de Enseñanza y Capacitación: a) detección; b) promoción; c) prevención; d) atención; e) actualización y evaluación; f) capacitación sobre derechos humanos, perspectiva enfoques de género e intercultural en la salud mental y g) detección y atención de la violencia familiar y sexual y la formación de recursos humanos.
179	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.5 Con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos humanos de los usuarios en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, los responsables de las unidades en lo que se presten éstos, podrán promover la creación de los siguientes cuerpos: Propuesta de modificación 5.5 Con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el personal responsable de las unidades podrá promover la creación de los siguientes cuerpos:	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.5 Con la finalidad de incrementar la calidad y seguridad y procurar la calidez y el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias en la prestación de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el personal responsable de las unidades podrá promover la creación de los siguientes cuerpos:
180	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.5.1 Asamblea de Usuarios de cada unidad, organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las y los usuarios y sus familiares. Propuesta de modificación 5.5.1 Asamblea de usuarias/os de cada unidad, organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las y los usuarios y sus familiares.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.5.1 Asamblea de Usuarías/os de cada unidad que pueden estar organizadas a través de los Comités Ciudadanos de Apoyo, para conocer sus opiniones, así como para promover otros mecanismos para conocer las necesidades de las personas usuarias y sus familiares.
181	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.6 El consentimiento informado de las y los usuarios de algún familiar, tutor o representante legal, ... Propuesta de modificación 5.6 El consentimiento informado de las y los usuarios de algún familiar, tutor/a o representante legal, ...	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.6 El consentimiento informado de las personas usuarias de algún familiar, tutor/a o representante legal, es la base para el ingreso a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. En las unidades médico hospitalarias el ingreso puede ser:

182	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.6.1 Ingreso Voluntario. Se requiere la solicitud firmada de la o el trabajador, y la indicación del profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal. Propuesta de modificación 5.6.1 Ingreso Voluntario. Se requiere la solicitud firmada de la o el usuario, y la indicación del personal profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.6.1 Ingreso Voluntario. Se requiere la solicitud firmada de la persona usuaria y la indicación del personal profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.
183	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). ... deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario. Propuesta de modificación 5.6.2 Ingreso Involuntario. (En las instituciones que proceda y que brinden atención de hospitalización continua). ... deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un/a familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la o el usuario puede ingresar por indicación escrita de las/los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la o el usuario lo permitan, se le deberá informar de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligado dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.
184	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.7.10.4 Calidad y seguridad de las y los usuarios, Propuesta de modificación 5.7.10.4 Calidad, calidez, equidad y seguridad de las y los usuarios	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.7.10.4 Calidad, calidez, equidad y seguridad de las personas usuarias;

185	Texto Proyecto NOM-025-2012 5.7.10.10 Derechos humanos. Propuesta de modificación 5.7.10.10 Derechos humanos, no discriminación e igualdad de género.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 5.7.10.9 Derechos humanos, no discriminación y equidad de género;
186	Texto Proyecto NOM-025-2012 6. Actividades preventivas 6.1 Las actividades preventivas se llevarán a cabo en espacios infra y extramuros. Propuesta de modificación 6. Actividades preventivas 6.1 Las actividades preventivas se llevarán a cabo en espacios intra y extramuros tomando en consideración las necesidades específicas de mujeres y hombres.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6. Actividades preventivas. 6.1 Las actividades preventivas se llevarán a cabo en espacios intra y extramuros, tomando en consideración las necesidades específicas de mujeres y hombres.
187	Texto Proyecto NOM-025-2012 6.3.5 Información y educación a las y los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación conjunta en el programa de tratamiento y el plan terapéutico y de rehabilitación. Propuesta de modificación 6.3.5 Información y educación a las y los usuarios, y sus familiares (representantes legales o tutoras/es), acerca de las características de la enfermedad y de la participación conjunta —no solo de las mujeres- en el programa de tratamiento, y el plan terapéutico y de rehabilitación; así como del riesgo de discriminación, maltrato, violencia sexual, física y psicológica, a la cual están expuestas las personas con trastornos mentales y del comportamiento.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6.3.5 Información y educación a las personas usuarias y sus familiares (representantes legales o tutoras/es), acerca de las características de la enfermedad y de la participación conjunta —no solo de las mujeres- en el programa de tratamiento y el plan terapéutico y de rehabilitación; así como del riesgo de discriminación, maltrato, violencia sexual, física y psicológica, a la cual están expuestas las personas con trastornos mentales y del comportamiento.
188	Texto Proyecto NOM-025-2012 Se sugiere agregar numeral en el apartado 7.3: Las actividades terapéuticas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes. Propuesta de modificación 7.3.8 En su caso, referencia inmediata de las mujeres que lo requieran, al servicio de salud sexual y reproductiva y planificación familiar para el manejo de anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo por indicación médica-psiquiátrica, garantizando su consentimiento informado, o bien, el de su representante legal, según la NOM-005-SSA2 Observaciones Este tema requiere atención dado que no se ha considerado como una necesidad de las personas con trastornos mentales. Se debe garantizar el respeto a sus derechos reproductivos.	Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue: 7.3.8 En su caso, referencia inmediata de las mujeres que lo requieran, al servicio de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, garantizando su consentimiento informado, o bien, el de su representante legal, de acuerdo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.3, de esta norma.

189	Texto Proyecto NOM-025-2012 7.4.1.1 Examen clínico. Propuesta de modificación 7.4.1.1 Examen clínico En éste se debe también determinar la integridad física y sexual de hombres y mujeres. Si el caso lo amerita, él o la especialista deberá realizar examen clínico de lesiones que se relacionen con abuso, violencia sexual, o en su caso, violencia física	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 7.3.8 En su caso, referencia inmediata de las mujeres que lo requieran, al servicio de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, garantizando su consentimiento informado, o bien, el de su representante legal, de acuerdo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.3, de esta norma.
190	Texto Proyecto NOM-025-2012 8. Actividades de rehabilitación psicosocial Las actividades de rehabilitación psicosocial se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de las y los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo. En la esfera cognoscitiva, conductual, afectiva y psicomotriz, las cuales, de acuerdo a las características, funciones, nivel de atención y posibilidades de las unidades que correspondan, comprenderán: Propuesta de modificación 8. Actividades de rehabilitación psicosocial Las actividades de rehabilitación psicosocial se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de cada persona usuaria, con la participación interdisciplinaria de las y los trabajadores de la salud, de la familia -no sólo de las mujeres-, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo. En la esfera cognoscitiva, conductual, afectiva y psicomotriz, de acuerdo a las características, funciones, nivel de atención y posibilidades de las unidades que correspondan, comprenderán:	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 8. Actividades de rehabilitación psicosocial. Las actividades de rehabilitación psicosocial se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de cada persona usuaria, con la participación interdisciplinaria del personal de la salud, de la familia -no sólo de las mujeres-, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo. En la esfera cognoscitiva, conductual, afectiva y psicomotriz, de acuerdo a las características, funciones, nivel de atención y posibilidades de las unidades que correspondan, comprenderán:
191	Texto Proyecto NOM-025-2012 8.1.2 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio- afectivos entre las y los usuarios, así como con el personal de la institución, sus familiares, amistades y comunidad, para promover el proceso hacia su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales con la mayor frecuencia que sea posible. Propuesta de modificación 8.1.2 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre usuarias/os, así como con el personal de la institución, sus familiares, amistades y comunidad, para promover el proceso hacia su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales con la mayor frecuencia que sea posible. Todo ello integrando los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 8.1.2 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre las personas usuarias, así como con el personal de la institución, sus familiares, amistades y comunidad, para promover el proceso hacia su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales con la mayor frecuencia que sea posible. Todo ello integrando los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental.

192	Texto Proyecto NOM-025-2012 8.1.3 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia. Propuesta de modificación 8.1.3 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia, que integren los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 8.1.3 Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia, que integren los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental.
193	Texto Proyecto NOM-025-2012 8.3.1 La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, de la familia, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas para facilitar a las y los usuarios su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extra hospitalarios existentes. Propuesta de modificación 8.3.1 La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la – participación interdisciplinaria del personal de salud, de la familia —no solo las mujeres de la misma–, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas que integren los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental para facilitar a las y los usuarios su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extra hospitalarios existentes.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 8.2.2 La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria del personal de salud, de la familia —no solo las mujeres de la misma–, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas que integren los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental para facilitar a las personas usuarias su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extra hospitalarios existentes.
194	Texto Proyecto NOM-025-2012 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las y los usuarios Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a: Propuesta de modificación 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las y los usuarios Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a:	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias. Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a:
195	Texto Proyecto NOM-025-2012 9.4 Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro. Propuesta de modificación 9.4 Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de atención médica profesional, alimentación y habitación con espacios seguros específicos para mujeres y hombres, respectivamente.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.4 Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de atención médica profesional, alimentación y habitación con espacios seguros específicos para mujeres y hombres, respectivamente.

196	Texto Proyecto NOM-025-2012 9.12 Recibir medicación prescrita por un especialista que cumpla con el perfil profesional adecuado a las necesidades de las y los usuarios, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico. Propuesta de modificación 9.12 Recibir medicación prescrita por especialistas legalmente autorizadas/os que cumplan con el perfil profesional adecuado a las necesidades de las y los usuarios, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.12 Recibir medicación prescrita por especialistas, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico.
197	Texto Proyecto NOM-025-2012 9.15 Solicitar reuniones con el equipo de profesionales que lo estén tratando y si la o el usuario lo considera pertinente, hacerse acompañar de alguna persona de su confianza. Propuesta de modificación 9.15 Solicitar reuniones con el equipo de profesionales que le estén tratando y si la o el usuario lo considera pertinente, hacerse acompañar de alguna persona de su confianza.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.15 Solicitar reuniones con el equipo de profesionales que le estén tratando y si la persona usuaria lo considera pertinente, hacerse acompañar de alguna persona de su confianza.
198	Texto Proyecto NOM-025-2012 9.18 Contar con un traductor(a) que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lengua indígena Propuesta de modificación 9.18 Contar con una o un traductor que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lengua indígena.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.18 Contar con una o un traductor que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lengua indígena.
199	Texto Proyecto NOM-025-2012 9.25 Obtener autorización del personal médico tratante o del profesional autorizado y responsable para tal efecto, quienes pueden ser el Director del establecimiento, el Subdirector Médico o el Jefe del Área de Psicología, para salir de la unidad y relacionarse con su cónyuge, concubina, concubino, conviviente o pareja. Propuesta de modificación 9.25 Obtener autorización del personal médico tratante o de la/del profesional autorizado y responsable para tal efecto, quienes puede ser la/el director del establecimiento, la/el subdirector) médico o la/el jefe del área de Psicología, para salir de la unidad y relacionarse con su cónyuge, concubina/o, conviviente o pareja.	Se acepta el comentario y se modifica la redacción, para quedar como sigue: 9.25 Obtener autorización del personal médico tratante o de la/el profesional autorizado y responsable para tal efecto, quienes pueden ser la/el director del establecimiento, la/el subdirector médico o la/el jefe del área de Psicología, para salir de la unidad y relacionarse con su cónyuge, concubina/o, conviviente o pareja.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 28 de julio de 2015.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales**.- Rúbrica.